



**“Repercusiones de la Relación
Terapéutica Para un Estudio de Caso
Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”**

PRESENTACIÓN DE ESTUDIO DE CASO
CLÍNICO, MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA

DIRECTOR:
Dra. Ana Mercedes Bello- Villanueva, Ph,D

INVESTIGADOR:
Esmeralda Baquero Neira

Maestría en psicología, profundización clínica.
Cognitivo conductual.
Junio 2016

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima
de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

1. TABLA DE CONTENIDO

	Página
2. INTRODUCCION.....	6
3. JUSTIFICACION.....	8
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
5. OBJETIVOS.....	17
<i>5.1. Objetivo General.....</i>	17
<i>5.2. Objetivos Específicos.....</i>	17
6. HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.....	18
<i>6.1. Identificación.....</i>	18
<i>6.2. Motivo de Consulta.....</i>	18
<i>6.2.1. Contacto inicial.....</i>	19
<i>6.3. Quejas Principales del Paciente.....</i>	19
<i>6.4. Identificación de Problemas Actuales.....</i>	19
<i>6.4.1. Análisis funcional.....</i>	20
<i>6.5. Análisis Histórico.....</i>	21
<i>6.5.1. Historia Personal.....</i>	21
<i>6.5.2. Historia Familiar.....</i>	21
<i>6.5.3. Historia socio afectivo y Académica.....</i>	22
<i>6.5.4. Recuerdos y experiencias significativas.....</i>	23
<i>6.5.5. Genograma.....</i>	24
<i>6.6. Proceso de Evaluación.....</i>	26
<i>6.6.1. Pruebas Aplicadas y Resultados.....</i>	26

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima
de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

6.6.2. Factores de desarrollo.....	31
6.6.3. Conceptualización Cognitiva.....	32
6.6.4. Criterios diagnostico DSM V.....	33
6.6.5. Evaluación Multiaxial.....	34
6.6.6. Diagnóstico diferencial.....	34
6.6.7. Formulación clínica.....	35
7. PLAN DE INTERVENCION.....	37
7.1. Curso del tratamiento.....	40
8. MARCO TEORICO.....	45
8.1. Antecedentes históricos.....	45
8.2. Definición del Abuso Sexual.....	47
8.3. Definición de los servicios de Protección Infantil.....	48
8.4. Definición de la justicia penal.....	48
8.5. Definición clínica.....	51
8.6. Tipos de Comportamientos sexuales.....	53
8.7. Consecuencias del Abuso Sexual.....	54
8.7.1. Consecuencias por áreas.....	57
8.7.2. La complejidad del diagnóstico.....	61
8.7.3. Indicadores psicológicos.....	63
8.7.4. Conductas hipersexualizadas.....	67
8.8. Evaluación del abuso sexual.....	68
8.8.1. Objetivos de la evaluación.....	69
9. RELACIÓN TERAPEUTICA.....	73
9.1. Desarrollo y Mantenimiento de la relación terapéutica.....	73
9.1.1. Características personales y profesional del terapeuta.....	76
9.1.2. Claves que promueven una buena relación terapéutica.....	76

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima
de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

<i>9.2. Relación terapéutica en víctimas de abuso sexual</i>	78
<i>9.3. Creación de un Marco Comunicacional que Permita Integrar el Abuso.....</i>	76
<i>9.4. Flexibilidad en la Forma de Abordar el Abuso.....</i>	76
<i>9.5. Contención y Elaboración de los Sentimientos Asociados al Abuso.....</i>	77
<i>9.6. Clarificación de los Efectos del Abuso.....</i>	78
<i>9.7. Reconstrucción de una Imagen Positiva de Sí Mismo.....</i>	80
<i>9.8. Desarrollo de la competencia personal.....</i>	81
10. ANÁLISIS DEL CASO	84
11. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	89
12. REFERENCIAS.....	90
13. ANEXOS.....	92

INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura No. 1 Genograma.....	24
Figura No. 2 Dibujo libre.....	28
Figura No. 3 Test de la Familia.....	30

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima
de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla No. 1 Recuerdos y Experiencias Significativas.....	23
Tabla No. 2 Cuestionario de Evaluación Emocional Para Padres.....	26
Tabla No. 3 Diagrama Conceptualización Cognitiva.....	32
Tabla No. 4 Criterios DSM-V TEPT.....	33
Tabla No. 5 Plan de Intervención.....	37
Tabla No. 6 Diagrama de Resumen de sesiones	40
Tabla No. 7 Consecuencias físicas del Abuso Sexual.....	55
Tabla No. 8 Consecuencias a corto y largo plazo del Abuso Sexual.....	56
Tabla No. 9 Conductas Hipersexualizadas y/o Autoeróticas.....	64
Tabla No. 10 Indicadores Psicológicos Inespecíficos.....	65
Tabla No. 11 Qué No Preguntar a las Víctimas de Abuso Sexual.....	72
Tabla No. 12 Componentes de la Entrevista de Evaluación.....	72
Tabla No. 13 Claves que promueven una buena Relación Terapéutica.....	76

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

DEDICATORIA Ψ

Es un gran honor y una gran responsabilidad el poder expresar a través de unas cuantas palabras mis sentimientos al ver concluida una etapa y logro más en mi vida, la cual abarca un sinfín de vivencias y emociones que aún con las palabras más bellas serían insuficientes para expresarlas.

A:

DIOS por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este periodo de formación profesional y personal.

A mi padre amado Pablo Baquero quien ha sido mi mayor guía, el mejor maestro de vida que he podido tener, mi apoyo incondicional, el hombre que ha inculcado en mí lo que necesitamos para dar lo mejor de sí, para enfrentarnos de manera adecuada a la vida, y saber que la mejor herencia que tiene por darme se le llama Educación.

A mi madre adorada Esmeralda Neira por ser la persona que me ha acompañado durante toda la trayectoria de mi vida, has estado cuando más lo he necesitado dándome tu aliento y entrega absoluta desinteresada, tus esfuerzos son impresionantes y tu amor es para mí invaluable.

A mis hermanos por vivir conmigo experiencias y aventuras que me alimentan de amor, los que me han dado una motivación y alegría más, mis sobrinas Luciana y Juliana.

A mi novio, mi amigo, y también confidente, por regalarme su amor, por su paciencia cuando mi tiempo se enfocaba solo en los estudios y por creer en mis capacidades siempre.

A mi Familia, mi abuela, mis ti@s, mis prim@s, a todos ustedes gracias por hacer parte de este otro gran sueño hecho realidad, otro esfuerzo, otra meta a la cual llego con todo el agrado y satisfacción.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

2. INTRODUCCIÓN

El abuso sexual es, sin duda, un hecho significativo, no sólo por la magnitud del problema y por el impacto que provoca en el sistema de salud sino, también y sobre todo, por el sufrimiento que causa a las víctimas que viven esta situación.

Cada día emerge con más fuerza y se devela con más crudeza; el abuso sexual es un dramático problema social y de salud, que tiene devastadoras consecuencias en el cuerpo y el alma de niños, niñas y adolescentes, que son víctimas de agresiones de este tipo.

Muchos autores y estudiosos del tema califican al abuso sexual infantil como una forma de malos tratos hacia la infancia. En este sentido, es posible entender por maltrato infantil todas aquellas conductas en las que, por acción u omisión, un adulto produce daño real o potencial a un niño o adolescente. De manera más amplia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como:

[...] los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, [Incluidos] todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. (OMS, 2014).

Los malos tratos ocurren mayoritariamente en el contexto de los cuidados parentales, aunque no de manera excluyente. Otros adultos que están a cargo del niño o en contacto asiduo con él, sin que exista una relación de parentesco maestros, profesores, niñeras, guías espirituales, sacerdotes, líderes de grupos, etc.— también pueden maltratarlo. La OMS ha planteado que el maltrato infantil es “un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida”. Se considera que las consecuencias negativas no afectan solamente a los niños que padecen el maltrato, sino a las sociedades en su conjunto, por

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

cuanto “los efectos sociales y laborales negativos [...] pueden retrasar el desarrollo económico y social de los países” (OMS, 2014), debido a los altos costos acarreados por las necesidades de atención en salud física y mental.

Este es un estudio de caso único de una niña de 9 años de edad víctima de abuso sexual, con un proceso terapéutico activo de 5 meses atendida en un centro especializado de atención psicoterapéutica, en donde se relacionan los avances terapéuticos generados durante el proceso de atención; en la intervención que se realizó en este estudio está basada desde un enfoque cognitivo conductual, la cual se muestra las quejas principales de la paciente, análisis funcionales, descripción de los problemas identificados, el análisis histórico, la evaluación psicológica con sus respectivos resultados, seguido al plan de intervención realizado para este caso.

El objetivo de esta investigación es analizar las repercusiones de la relación terapéutica en un estudio de caso único de abuso sexual, entendida esta como el canal a través del cual transcurre la psicoterapia y por lo tanto es la condición de posibilidad del tratamiento, Esto apoya la visión de que “los terapeutas que son empáticos, congruentes y muestran aceptación por sus pacientes, son más capaces de negociar las tareas y objetivos de la terapia y desarrollan un vínculo terapéutico más positivo” (Watson & Geller, 2005).

Así mismo, se revisaran los objetivos, hipótesis y análisis del caso clínico, seguido el marco teórico. Terminando con la discusión y conclusión del proceso de investigación del caso clínico.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

3. JUSTIFICACIÓN

Desde el congreso de la república se está buscando fortalecer las medidas necesarias para proteger a los niños, niñas y adolescentes del país frente a los abusadores sexuales.

La senadora Nohora Tovar Rey dijo que en esta legislatura debe darse prioridad a los temas relacionados con la posibilidad de evitar más casos de abuso sexual infantil.

“mi primer debate en esta legislatura será de las preocupantes cifras de abuso de niños, niñas y adolescentes”, señaló.

De acuerdo a las cifras del instituto de medicina legal, que presentó la senadora, en el primer trimestre de 2015 se recibieron cerca de 11.000 denuncias de abusos contra menores. El 83% de estos casos corresponden a niñas entre 10 y 14 años.

Desde hace varios años el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF ha venido insistiendo en la necesidad de que se presenten a tiempo las denuncias por maltrato y abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes.

La directora del ICBF, Cristina Plazas Michelsen, aseguró que las cifras de maltrato infantil en el país son “aterradoras” y deberían “avergonzarnos”, al revelar que la entidad atiende diariamente cuatro nuevos casos por este flagelo contra la niñez.

Según las cifras, el ICBF abrió un total de 1.391 procesos para el restablecimiento de derechos a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil durante el primer trimestre del año, por lo que emprendió una campaña para sensibilizar a la sociedad sobre la responsabilidad con los menores.

De acuerdo con la edad, el 39,8 % de las víctimas atendidas son menores de 6 años; el 30,2% tienen entre 6 y 12 años; y el 28,7 % corresponde a adolescentes entre 12 y 18 años.

Los procesos de restablecimiento de derechos aumentaron en los departamentos de Putumayo (77%), Casanare (44,4%), Huila (39,1%), Antioquia (38,6%), Caquetá y Chocó

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

(33,3%), Risaralda (20,3%), Norte de Santander (15,4%) y Magdalena (3,7%). En los otros el número de casos se redujo.

Por otra parte, en un análisis acumulado de los procesos de protección en curso hasta marzo de 2015, cuatro motivos representaron el 45,4 %, es decir, casi de la mitad de los mismos: Maltrato infantil (21,2%), violencia sexual (13,5%), abandono (5,7%) y consumo de sustancias psicoactivas (5%).

Siguiendo el margen de las estadísticas, según estimaciones del centro de atención a víctimas de abuso sexual (CAIVAS) que es la unidad de la Fiscalía General de la Nación para la atención de los abusos sexuales y maltrato intrafamiliar cuenta también con el apoyo del ICBF, Defensoría Pública, Policía Judicial, Sijín y CTI. En el año 2010 se recibieron 674 denuncias correspondientes a los abusos presentados en la ciudad de Barranquilla, 147 casos más que el año anterior.

Finalmente entre enero y mayo del presente año 2016, según la unidad CAIVAS de la fiscalía general de la nación se han presentado 300 casos de abuso sexual infantil denunciados.

Como bien comprendemos, el Abuso Sexual Infantil o infanto-juvenil (así) es una forma de maltrato a la infancia. Sin embargo, su tratamiento en todas las instancias de intervención presenta diferencias con el de las otras formas de violencia, y de manera especial en la intervención que se lleva a cabo en el ámbito de la Justicia. Particularmente, el abuso sexual infantil constituye, desde el minuto cero, un delito. Cuando ocurre una situación de así y esta llega al ámbito de la Justicia, la prioridad es proteger al niño o niña poniendo en marcha los mecanismos de los que dispone el sistema para ello. De esta forma, se procede a separar al niño del presunto agresor —acción que favorece además la generación de condiciones apropiadas para la investigación—, intentando preservar el derecho del niño a vivir en familia y sin afectar los demás ámbitos de su vida (educación, esparcimiento, salud). Paralelamente, la Justicia despliega una serie de acciones que le permiten determinar la responsabilidad penal del presunto agresor. Esto último contribuye, entre otros factores, al proceso de reparación de las secuelas generadas en el niño por la situación

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

de abuso. Para la Justicia, toda denuncia de conducta abusiva en la cual está implicado un niño deberá ser investigada, priorizando ante todo la protección del niño en el marco de su interés superior.

Este es el esquema general en el que las intervenciones deberían funcionar, idealmente. Sin embargo, diversas razones contribuyen a que muchas veces este resultado no se dé. Es la intención de esta investigación (estudio de caso único), aportar elementos concretos para ayudar a que quienes deban actuar transiten un camino en el que la intervención sea lo más eficaz posible; es decir, se trata de desarticular todo aquello que obstaculice la protección de los niños y niñas dañados por el abuso sexual, y que obture la posibilidad de brindarles la oportunidad genuina y real de sanar las heridas.

Que el abuso sexual ocurre con frecuencia es una realidad, mucho más que una posibilidad. El deber del profesional, en el lugar de la intervención en que se encuentre, tanto por responsabilidad profesional como por responsabilidad ciudadana, es encaminar su labor de la manera más eficaz posible para establecer si en cada caso denunciado esa realidad se ha dado o no.

Faller (2007: 1 VII) continúa diciendo:

Entre los temas en disputa en el abuso sexual se encuentran los alcances del problema, la exactitud de los relatos de abuso del niño y del adulto, las técnicas y estrategias utilizadas por los profesionales al evaluar e investigar los alegatos de abuso sexual, los métodos para la toma de decisiones acerca de la probabilidad de que haya sucedido el abuso sexual, las intervenciones apropiadas en estos casos, y el impacto del abuso sexual en las víctimas.

El cuidado de los agentes de intervención es un elemento fundamental de las buenas prácticas, así también como la necesidad de generar estrategias adecuadas para amortiguar la crisis desencadenada a partir de dicho impacto.

Con base a lo anterior y dada la alta prevalencia en la que se presenta el abuso sexual infantil, se hace necesario explorar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de las víctimas de abuso sexual. A esta necesidad se unen grupos de investigación del área de la salud mental, que trabajan desde la teoría y la práctica de la terapia cognitiva conductual

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

(TCC). Como este estudio, que pretende resaltar la importancia de la relación terapéutica en pacientes víctimas de abuso sexual, apuntándola a generar colaboración por parte del paciente y se logra proveyendo evidencias de cuidado y apoyo tanto como un ambiente seguro.

Las estrategias más aceptadas son las de proveer estructura, reforzar la naturaleza cognitiva del esfuerzo terapéutico y asegurar que el terapeuta se comporte de un modo consistente y no enjuiciador (Beutler & Harwood, 2000). La importancia de establecer una buena relación terapéutica al comienzo del tratamiento no debe oscurecer la necesidad de trabajar para mantener dicha relación en un buen nivel a lo largo de todo el tratamiento. En síntesis, es posible afirmar que la calidad de la relación es tanto un producto del éxito terapéutico, como la condición de posibilidad de los resultados beneficiosos.

Consiguientemente la relación paciente-terapeuta es por lo tanto un elemento fundamental de la psicoterapia. Aunque la evolución de los tratamientos produjo importantes avances en las técnicas utilizadas, el vínculo es decisivo en cuanto a los resultados que pueden lograrse.

Así mismo este estudio aspira convertirse en una herramienta pedagógica activa, e incluso un instrumento de entrenamiento en la iniciación de profesionales para la práctica clínica, así como el abordaje de antecedentes históricos, conceptos teóricos relacionados con la temática de esta problemática clínico entre ellos: las características esenciales, sintomatología, modelos teóricos y evaluativos, factores de riesgo, entre otros, hasta vincular el accionar clínico que fundamenta esta temática.

Posteriormente esta investigación espera ser de utilidad a comunidades de padres de familias y/o cuidadores y así mismo a unidades de atenciones para que analicen la importancia de la relación terapéutica como estrategia en el abordaje de estos niños.

Finalmente esta investigación contribuye a llenar un vacío dentro de lo que es los referentes teóricos ya que en la revisión bibliográfica se encontró que son muy pocos los estudios que se han desarrollado a partir de la temática de la relación terapéutica en los niños víctimas de abuso sexual.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo de la historia encontramos que los niños, niñas y adolescentes durante años se han visto inmersos en situaciones de vulnerabilidad, como es el caso de la violencia sexual la cual se ha convertido en una de las problemáticas más particulares de los últimos años, pues esta hace referencia a todas las formas de abuso sexual como violación, acoso, explotación, prostitución y pornografía, de la cual según la National Center of Child Abuse and Neglect (2013), agencia federal norteamericana, se comprende como "los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando (el agresor) está en una posición de poder o control sobre otro menor".

Esta problemática se presenta en la mayoría de los países, algunos con mayor índice de casos que otros, pero todos conllevan a la vulneración de los derechos de quienes son agredidos, sin embargo se ha podido establecer que por la complejidad del tema no todos los casos son reportados, lo que evidencia cifras negras.

En Colombia el Instituto de Medicina Legal, revela que cada 14 minutos es abusado un niño o niña y solo entre el 5 y el 10 por ciento de los casos es denunciado, esto muestra la gravedad de un problema social que cada día tiende a crecer más, en todos los estratos sociales, porque hasta los niños, niñas y adolescentes más favorecidos han sido víctimas de este mal.

De estos delitos se cuenta con una cifra muy pequeña de víctimas con un total de 1.340 en el año 2011, lo que indica que no todos los casos son denunciados, ya que por la gravedad que representa ante las autoridades y la sociedad, se ha encontrado que la víctima es

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

amenazada para que no se conozca el caso, esto por lo general pasa cuando el agresor es un miembro cercano de la familia, que muchas veces cuenta con la complicidad o mutismo del resto de familiares, bien sea por miedo, o por considerarse esta práctica normal dentro de la sociedad. Sin embargo es importante que tanto los padres como los docentes aprendan a leer los comportamientos del niño o la niña que ha sido víctima de abuso sexual.

La encuesta Nacional de Salud Mental 2015, que hace parte del sistema nacional de estudios y de encuestas poblacionales en salud de Colombia ha calificado el abuso sexual como eventos vitales estresantes, perturbadores, devastador, críticos o generadores de tensión y sufrimiento emocional.

El abuso sexual es un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida. A pesar de las encuestas nacionales recientes en varios países de ingresos bajos y medianos, faltan todavía datos acerca de la situación actual en muchos países.

El maltrato infantil es complejo y su estudio resulta difícil. Las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y del método de investigación utilizado. Dichas estimaciones dependen de: las definiciones de maltrato infantil utilizadas; el tipo de maltrato infantil estudiado; la cobertura y la calidad de las estadísticas oficiales; la cobertura y la calidad de las encuestas basadas en los informes de las propias víctimas, los padres o los cuidadores.

No obstante, los estudios internacionales revelan que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico (también llamado maltrato emocional) y víctimas de desatención.

Se calcula que cada año mueren por homicidio 41 000 menores de aproximadamente 15 años. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

En situaciones de conflicto armado y entre los refugiados, las niñas son especialmente vulnerables a la violencia, explotación y abusos sexuales por parte de los combatientes, fuerzas de seguridad, miembros de su comunidad, trabajadores de la asistencia humanitaria y otros.

En definitiva, Según las estadísticas, aproximadamente cada hora dos niñas son abusadas sexualmente y los principales agresores corresponden al 39% por parte de un familiar, el 9% un conocido sin ningún trato, el 9% un amigo y el 8% un vecino. Además, se estima que el 71% de los casos reportados corresponden a niñas menores de 14 años, lo que deja una huella en sus vidas que repercute negativamente en su desarrollo social, afectivo, educativo y en su salud.

Basándose en lo anterior, el Abuso Sexual en cualquier de sus formas es un fenómeno de alarmantes y escandalosas estadísticas. Por estas razones este estudio se caracteriza por resaltar la importancia en la psicoterapia de establecer una relación terapéutica que permita contribuir a aliviar o disminuir las graves y múltiples consecuencias causadas por estos agresores, para que de esta manera se favorezca la calidad de vida a niños víctimas de abuso sexual.

Lo fundamental en la relación terapéutica, según MASLOW:

“Un verdadero amante de los perros no mutilaría nunca sus orejas o el rabo y un verdadero amante de las flores, no las cortaría ni retorcería para hacer bonitos arreglos florales.

“El terapeuta debe cuidar y amar el ser o la esencia del cliente; no se trata aquí de cambiar o manipular al otro. La relación terapéutica es una relación íntima y confiada con otro ser humano, caracterizada por un trato tierno y cariñoso; es ayudar sin interferir; es un amor que no prejuzga, que no restringe, que no define (amor taoísta)”.

5. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Describir las repercusiones de la relación terapéutica para un estudio de caso único en niña de 9 años de edad víctima de abuso sexual en la ciudad de Barranquilla- Atlántico.

4.2 Objetivos específicos

- Analizar la efectividad de la intervención cognitivo conductual en un caso clínico de una niña víctima de abuso sexual
- Describir la importancia del rol de los padres en el plano de la intervención elaborada.
- Describir los síntomas presentes en el caso único de una niña víctima de abuso sexual

6. HISTORIA CLINICA

6.1 IDENTIFICACIÓN

Nombre: JK

Edad: 9años

Fecha de Nacimiento: 21 de octubre 2006

Sexo: Femenino

Escolaridad: 5ºEducación básica primaria

Lugar de Procedencia: Barranquilla /Atlántico

6.2. MOTIVO DE CONSULTA.

Expresado por la madre “JK no te vayas a molestar conmigo, tengo que decir la verdad, para que nos ayuden, Doctora nosotras estamos aquí porque la niña está viendo videos sexuales en el internet, y también se ha estado tocando la vagina con sus dedos”

Paciente: ¡me mentiste! (se muestra molesta y se tapa la cara), trascurrido unos minutos, la niña manifiesta que ha visto videos con contenidos sexuales, durante su manifestación hace una expresión de asco y continua relatando que se toca su vagina.

Contacto Inicial

Ingresa a consulta paciente de sexo femenino revelando cuidado e higiene en el arreglo personal, se muestra reservada, tímida; es traída a consulta por la madre, la cual expresa su preocupación por la situación actual de la menor, ante lo cual ésta se molesta y se rueda de puesto dando la espalda y tapándose la cara.

6.3. QUEJAS PRINCIPALES DEL PACIENTE

Aspectos cognitivos “a veces me siento mal”, “es difícil hablar de esto, es más difícil de lo que imagine”, “hay dos Johana una buena y una mala, sé que lo que hago está mal”, “hay algo que me impulsa hacerlo, algo dentro de mí”, “uno debería olvidar las cosas malas que le pasan”, “yo les dije a mis padres que le diría la verdad”. “A veces estoy triste”, “no me quiero mucho”, “muchas veces no tengo nada de comer”, “muchas veces me siento solo”.

Aspectos afectivos: tristeza, vergüenza, asco, culpa, aburrimiento.

Aspectos fisiológicos: dolores de cabeza.

Aspectos Conductuales: tocarse la vagina, observar videos con contenido sexuales cuando tiene acceso a internet, llanto.

Aspectos contextuales: la alteración de la conducta se presenta más que todo en casa de la abuela y casa donde vive con sus padres.

6.4. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS

P1. Alteración de la conducta.

Se presentan conductas hipersexualizadas, tales como masturbación compulsiva. La menor expresa que frecuentemente toca la vagina con sus dedos, produciéndole una sensación con ganas de ir al baño; sus partes íntimas han llegado a presentar peladuras por la manipulación constante y la estimulación que el la realiza.

La niña cuando se encuentra sola accede al navegador y coloca preferiblemente videos con contenidos sexuales, observándolos durante un tiempo no mayor a 30 minutos, y constantemente esta alerta y se cuida de que los adultos no descubran que está viendo este tipo de videos en internet.

6.5. ANÁLISIS FUNCIONALES

- **Antecedente:** JK tiene 6 años está sola en su alcoba, coge un lápiz de color rojo se acuesta en su cama y se arropa de pie a cabeza, e inmediatamente intenta meterse el lápiz en su vagina.

Rta cognitiva: “escúchame a mí solamente” “no confíes en la otra” “no sé qué camino coger” “me confunden”

Rta emocional: Miedo, vergüenza.

Rta motora/comportamental: Estimularse su vagina.

Rta fisiológica: La orina.

Consecuencia: Mantiene las conductas hipersexualizadas.

- **Antecedente:** Se encuentra en la casa, JK se dirige a la habitación donde duermen sus padres y ella, en camas diferentes; y vea su papa desnudo observando su pene.

Rta cognitiva: “iiuu” “qué asco”

Rta emocional: Miedo, vergüenza, asco.

Rta motora/comportamental: Salir corriendo.

Rta fisiológica: No reporta.

Consecuencia: Huye

- **Antecedente:** Esta sola en casa de la abuela tiene su celular en mano y busca videos de sexo en el navegador y los observa alrededor de 20 minutos.

Rta cognitiva: “no lo hagas” “no está bien” “le estas fallando a tus padres”

“cuidado va venir alguien y te ve”.

Rta emocional: Miedo, culpa, vergüenza.

Rta motora/comportamental: Estimula la vagina, y observa los videos en el internet por medio de su celular.

Rta fisiológica: La orina.

Consecuencia: Excoriación a nivel de la región vaginal.

6.6. ANÁLISIS HISTÓRICO

Historia Personal:

Embarazo no planeado, durante la etapa de gestación la madre permaneció deprimida con manifestaciones de llantos frecuentes, durante el transcurso del segundo mes presento desprendimiento de placenta.

El padre por motivos laborales se traslada hacia el municipio de Nilo en el departamento de Cundinamarca, dejando a su compañera sola. Al cumplir los 8 meses de embarazo se presenta ruptura prematura de membrana, con exposición de líquido amniótico. El nacimiento se presenta, y la niña es ingresada al programa canguro en donde crece con parámetros normales y adecuados para su edad, sus dientes brotan a los 7 meses, empieza la etapa de gateo a la edad de 8 meses e inicia a dar pasos durante noveno y décimo mes.

Fue diagnosticada con displasia de cadera lo que produjo el uso de una férula durante 4 meses lo que trajo como consecuencia un retroceso en su desarrollo y a que empezó a gatear nuevamente.

Historia Familiar:

Es única hija, madre con antecedente de abuso sexual infantil.

Al principio del embarazo vivieron donde la familia paterna, con la suegra y un cuñado, duraron solo 3 meses porque el papa acepto una propuesta de trabajo en Nilo - Cundinamarca, fue así como se trasladó la madre de JK a la casa de la abuela materna, los padres Vivian una relación a distancia, donde se veían cada dos meses un periodo de máximo 5 días, en casa de la abuela describe una relación armoniosa una convivencia buena con su tía y prima, aunque se sentían sola. El padre de JK estuvo en su nacimiento y duro 8 días, ya que tenía que seguir laborando, de 3 meses de nacida la paciente se

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

trasladaron a vivir con su abuela paterna nuevamente, refiriendo que la convivencia no fue la mejor, que fue difícil la estadía allí.

A la edad de 7 meses, se fueron a vivir a Nilo donde trabaja el papa. Vivieron durante 5 años en ese municipio, refieren un ambiente estable y protector para la niña.

Luego de los 5 años de la niña decidieron trasladarse a la ciudad de barranquilla, ya que su padre se le termino el contrato laboral. Inicialmente se instauraron a vivir con la abuela paterna de Jk, en donde convivían con un hermano del padre de la menor, donde refieren que tenían dificultades de relación. Manifiesta la madre que a su cuñado le fastidiaba todo lo que hacía Jk, fue difícil para ellos adaptarse a ese ambiente donde tenían que convivir con demás familiares su hogar, comenzaron las dificultades en las relaciones intrafamiliares, las relaciones de padres e hija se tornaron débiles, debido a que ambos cuidadores les toco asumir el rol de proveedores, dejando a la niña en una situación de vulnerabilidad completa. Dormían en la misma habitación en camas diferentes. Luego de una discusión fuerte de los padres de Jk con la abuela paterna, y ya cansados por tantas discusiones deciden mudarse a casa de la abuela materna; pero solo se mudó la menor con la madre; el señor Robert padre de la paciente se quedó en casa de su mama viviendo por un periodo de tiempo de 3 meses. Luego de ese tiempo deciden vivir nuevamente juntos pero independientes; fue así como se mudaron a un apartamento donde la niña tiene su habitación.

Historia Socio afectiva:

Emocionalmente se muestra reservada, sus padres la describen como una joven respetuosa, poco comunicativa. Después de los 5 años comenzaron a presentarse las conductas agresivas hacia sus padres; en ocasiones despertaba a media noche llorando sin explicar la causa, solo manifestando pesadillas, miedos frecuentes, se tornaba ida, y triste algunas veces.

Historia Académica:

Ingreso al colegio a la edad de 2 años a un jardín donde permaneció por 4 años, era muy colaborativa, con un desarrollo acorde a su edad cronológica. Sus profesoras siempre la

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

describen como una niña muy receptiva con buen rendimiento. Luego del cambio de ciudad, se presentó problemas de adaptación a la escuela, manifestaban que los niños eran muy groseros y bruscos. Los reportes de las profesoras eran que la niña se mostraba triste, no mostraba interés en las actividades escolares.

RECUERDOS Y EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS

EDADES	RECUERDOS Y EXPERIENCIAS
Embarazo Y Nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> *Embarazo no deseado, desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membrana (8 meses de gestación). *prematura, parto por cesarí, nació pesando 2.250 gramos y midió 48 cts. *sufrimiento fetal, hospitalizada en cuidados intermedios por espacio de 8 días *Estuvo en programa canguro, empezó a gatear a los 8 meses, y a dar pasos a los 9- 10 meses. *Displasia de cadera, férula durante 4 meses.
1 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> *Vivían en Nilo- Cundinamarca, viajan a barranquilla a visitar a familiares por algunos días. *Ingreso al colegio, tuvo muchos amigos, participaba en actividades culturales de su colegio, acompañamiento permanente de su madre.
6 a 9 años	<ul style="list-style-type: none"> *Cambio de ciudad y hogar, los padres ausentes por trabajo *Conductas hipersexualizadas (masturbación compulsiva, jugar a los “novios” o a “mamas y papas”, inserción de objetos en orificios genitales, observar videos en internet con contenido sexual); *Inflamaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado. *conductas agresivas con los cuidadores.

Tabla # 1

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

6.7 GENOGRAMA

Se hace una representación a través de genograma, en donde se pueden apreciar la variación de la dinámica familiar, la inestabilidad geográfica, los cambios de residencias y ambiente socio-familiar.

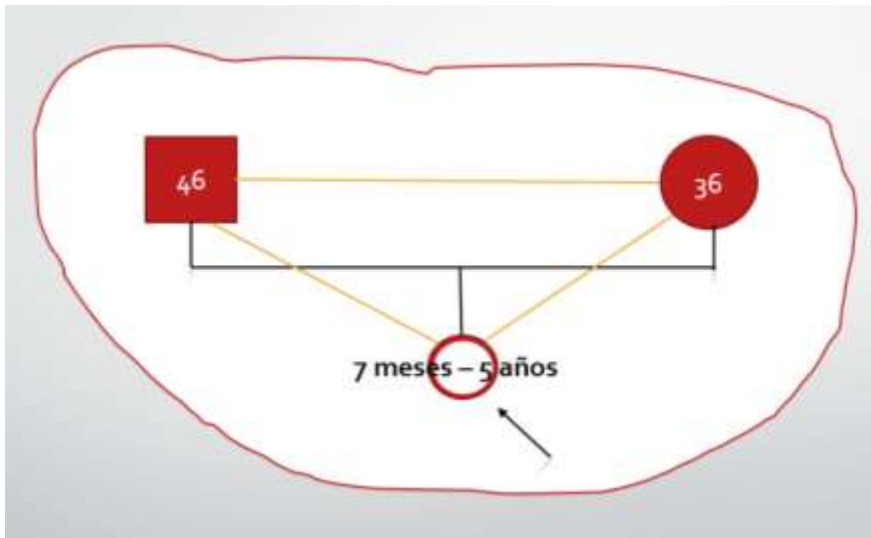
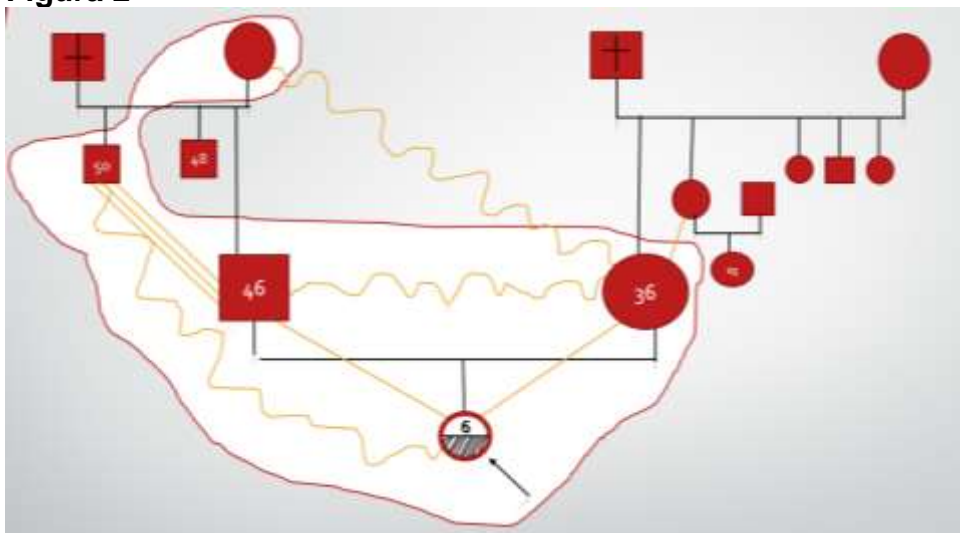


Figura 1

Figura 2



Esmeralda Baquero Neira

Esmeralda Baquero Neira

Figura 3

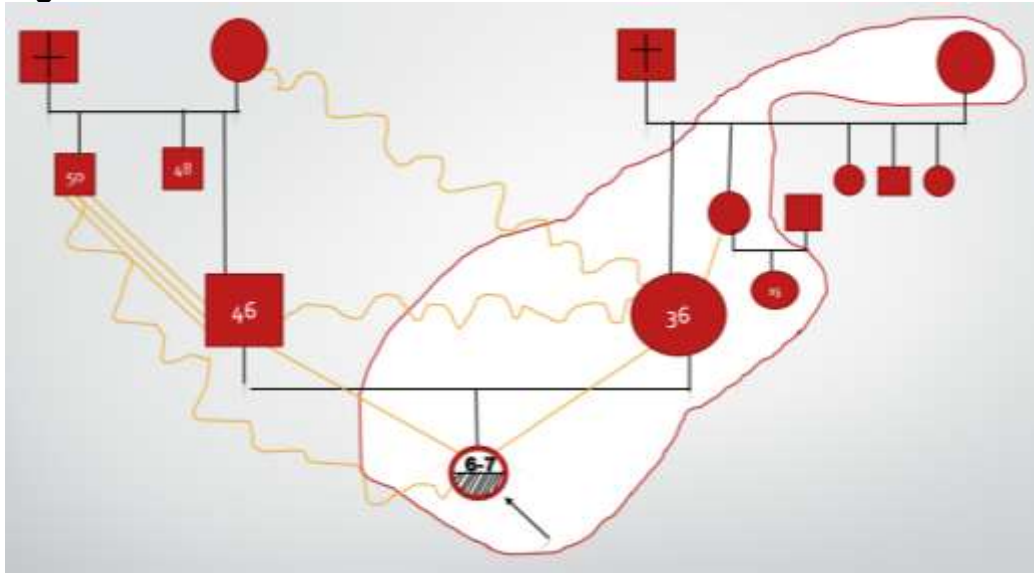
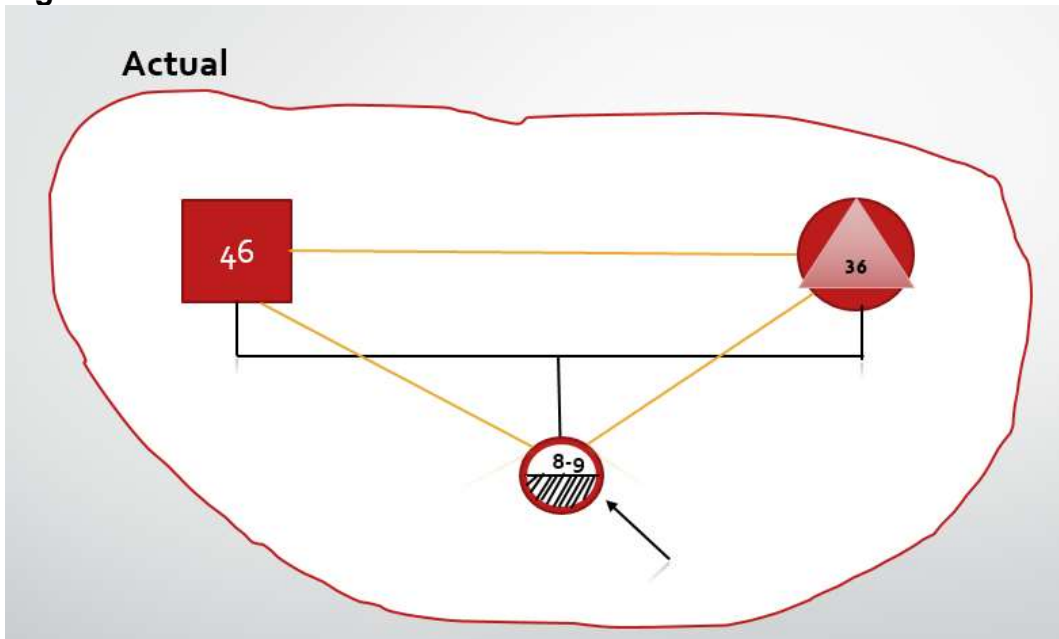


Figura 4



“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

6.7 PROCESO DE EVALUACIÓN CLÍNICA

Pruebas Aplicadas Y Resultados: Descripción y evidencias de los procesos

- **Entrevista Clínica A Padres:**

Se indagaron aspectos relevantes de la historia personal, familiar de la paciente, también acerca de la etiología del problema, aspectos emocionales e igualmente lo que la mantiene y/ o refuerza la conducta, además establecer la dinámica familiar como lo son los estilos parentales y lazos afectivos y cultural.

Cuestionario De Evaluacion Emocional

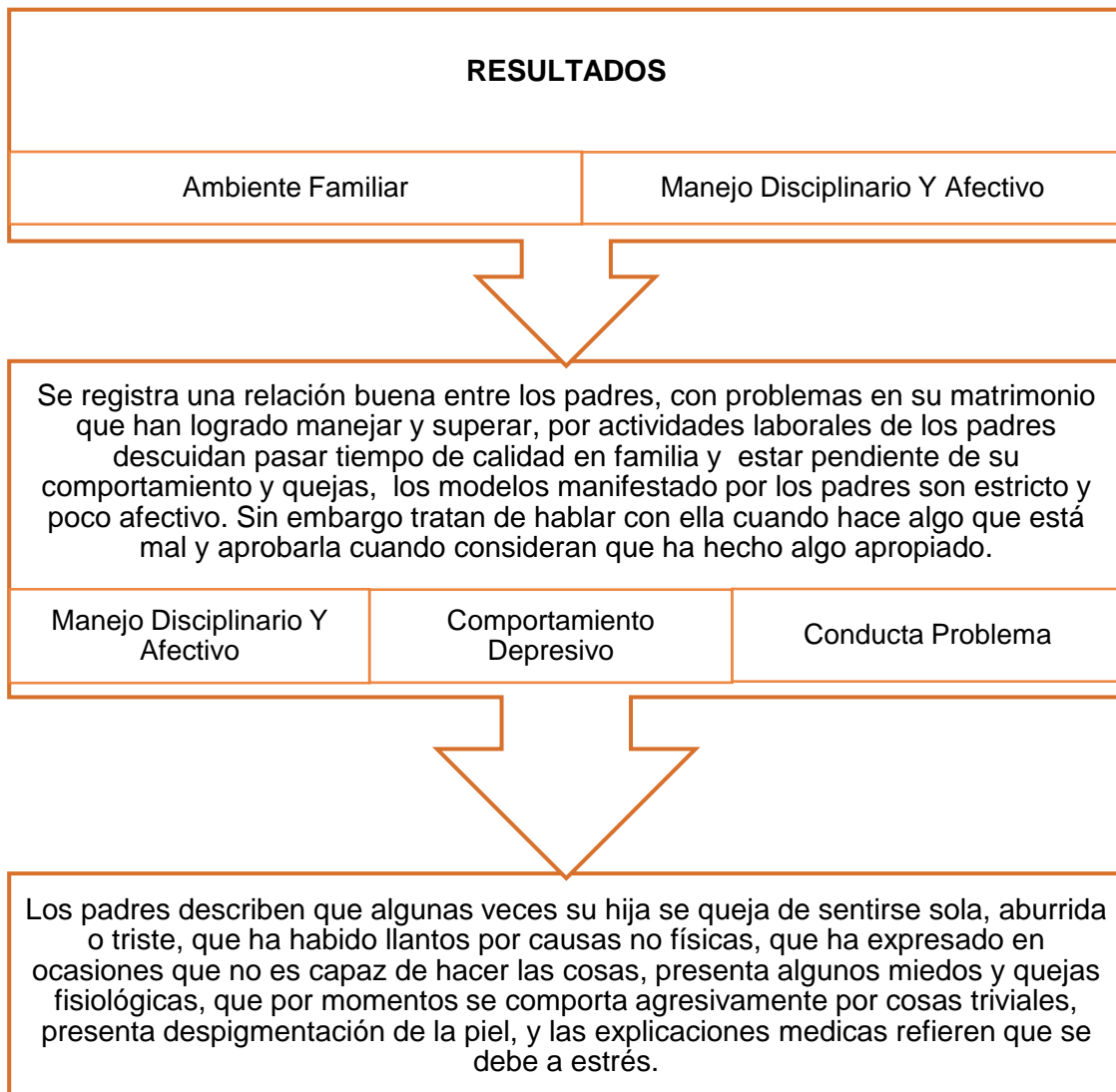


Tabla # 2

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

- **Protocolo de NICHD para las entrevistas en la investigación de víctimas de abuso sexual: modelo** desarrollado por el equipo de Michael Lamb en el *NICHD (National Institute of Child Health and Human Development)*.
 - **Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano**
- **Entrevista Cognitiva:** desarrollada por *Fisher Y Geiselman* en 1984 con el fin de mejorar los métodos tradicionales utilizados en el ámbito policial a la hora de entrevistar a víctimas y testimonios. El objetivo se basó en aumentar la cantidad de información obtenida y también la calidad en términos de exactitud y fiabilidad.
- **Juego libre y dirigido:** se pretendió que la niña se expresara y liberara su angustia mediante la manifestación de sus sentimientos en el juego. Se utilizaron juguetes como la casa de Barbie (donde se aprecian las partes de una casa), muñecos con atributos sexuales bien definidos, a los cuales Jk los percibió con una sensación de asco.
- **Dibujo Libre:** En este aspecto, Furth (1998), afirma que los dibujos pueden ser expresiones del inconsciente y a la vez base para la terapia. Pueden servir pues, tanto de mecanismos auxiliares de terapia como de instrumentos de diagnóstico. A través de esta técnica Jk registro el siguiente dibujo:

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

Donde expreso una situación que se incluyó en un análisis funcional.



Figura 5

- **Role-Playing:** Gallardo (1997b) propone su utilización en el apartado que corresponde al tratamiento emocional en el abuso, puesto que hay niños incapaces de expresar sus sentimientos y emociones después del mismo; con el role-playing se pretende que aprendan a expresarse. Esta expresión, repetimos, debe ser para ellos una liberación.

A través de esta técnica se pudo lograr que la niña expresara presunto abuso sexual, refiriendo: “*Jk te manda a decir que ella no recuerda mucho, solo que ese trabajador le tocaba la vagina con sus dedos siempre que estaba en short o vestiditos*”, “*ella no quiere hablar de eso*”, “*es más difícil de lo que pensé*”, “*me encerraba en uno de los cuartos*”. Palabras textuales expresadas por la paciente.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

- **Inventario De Depresión Infantil:** El autoinforme *CDI (Children's Depression Inventory)* fue desarrollado por Kovacs y colaboradores (1983). El CDI es el autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes de 7 a 17 años. Esta escala se creó a partir del Beck Depresión Inventory (Beck, 1967), para ser aplicado a niños y adolescentes en edad escolar.

En los resultados se registra **SIN DEPRESIÓN**, entre los ítems más significativos se destacan:

- ✓ “a veces me siento mal”, “de vez en cuando estoy triste”, “no me quiero mucho”, “me cuesta mucho decidirme”, “muchas veces no tengo ganas de comer”, “muchas veces me siento solo”.

En las quejas cognitivas y el análisis histórico de Johana se puede observar manifestaciones sintomatológicas que coinciden con los resultados de la prueba aplicada.

- **Test De La Familia:** *El test de la familia creado por Porot (1952)* y está fundado en la técnica del dibujo libre.

Interpretación significativa:

En el dibujo hecho por la menor; se observa manos que se ocultan tras la espalda, que es un indicador de culpabilidad relacionado con algo indeseable o reprochable que han hecho las manos y que se desea ocultar.

”Las manos ocultas como signo detector de huida o evasión de situaciones o problemas conflictivos”, Karen Machover.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira



De los personajes refiere lo siguiente:

- “la conciencia es un ser pequeñito que está en la mente del ser humano y que nosotros lo escuchamos; sabe lo que es bueno y malo- y nos dirige hacia lo mejor”.
- “Jk buena hace las cosas bien, hace caso- se porta bien en casa y en el colegio”.
- “Jk mala hace que todo sea malo, rayar paredes, no hacer caso, ver videos de sexo, tocarse”.

6.8. FACTORES DE DESARROLLO

Factores de predisposición:

- **Biológica:** susceptible, temperamento sumiso.
- **Psicológica:** vínculo afectivo inconsistente, a la edad de 5 años las relaciones se tornaron débiles, debido a que ambos padres les toco asumir el rol de proveedores, dejando a la niña en una situación de vulnerabilidad completa, escasa socialización con sus pares y familiares.
- **Familiar:** madre abusada sexualmente en la infancia (no le dieron ningún tipo de manejo, ni le creyeron lo que ella revelo) cambio de ambiente familiar.

Factores Adquisitivos:

- **C. Operante:** en la medida que la paciente encuentra en el medio socio-familiar que la rodea recursos (el uso del celular) que potencialicen el manteniendo de la conducta, las utiliza y esto permite un aumento de la misma.

Factores Desencadenantes o Precipitantes (distales o proximales):

- **Distales:** inestabilidad geográfica, producto de la necesidad de los padres en trabajar para sustentar a la familia (Cambios frecuentes de ambiente familiar), mucho tiempo sola en casa.
- **Proximales:** ver a sus padres teniendo relaciones sexuales, ver a su padre desnudo, ver videos pornográficos.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

Factores de Mantenimiento:

- Conflictos intrafamiliares
- Evade expresar sus sentimientos
- Acceso al internet, tener celular.
- Manejo inadecuado por parte de los padres de la situación ya que no le dieron importancia a las conductas hipersexualizadas y creer que eran conductas normales propias de la curiosidad sexual.
- El hacinamiento producto de crisis económica.

6.9 CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA

Datos relevantes de la infancia		
Inestabilidad geográfica (cambios frecuentes de ambiente familiar), mucho tiempo sola en casa, hacinamiento producto de crisis económica, conflictos intrafamiliares, escasa socialización con sus pares y familiares, conductas hipersexualizadas.		
Conducta	Aspecto Cognitivo	Aspecto Emocional
Estimularse su vagina	“escúchame a mí solamente” “no confíes en la otra” “no sé qué camino coger” “me confunden” “me siento bien y a la vez no”	Miedo, vergüenza.
Observar videos con contenidos sexuales	“no lo hagas” “no está bien” “le estas fallando a tus padres” “cuidado te ven”.	Miedo, culpa, vergüenza
muy a menudo se siente sola	“estoy aburrida” “no hay nada que hacer”	Sentimientos de tristeza, rabia.

Tabla # 3

CRITERIOS DIAGNOSTICO DSM V

✓ Trastorno de Estrés Postraumático con Síntomas Disociativos, Despersonalización

Jk (7 años) cumplió los siguientes criterios del trastorno luego de 6 meses pasado el evento, asociando a abuso sexual

1. Experiencia directa del suceso traumático.
2. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
3. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático.
4. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
5. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
6. Estado emocional negativo persistente (miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
7. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
8. Alteración del sueño (dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

2. Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

3. Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

Especificar si:

Con síntomas disociativos:

1. Despersonalización:

Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (Como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización:

Experiencia persistente o recurrente de Irrealidad del entorno (el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Tabla # 4

6.10. EVALUACION MULTIAXIAL SEGÚN CRITERIOS DSM V

- Eje I: (T74.2) Abuso sexual.
(f43.1) Trastorno de estrés post-traumático, remisión parcial.
- Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II.
- Eje III: Depigmentación en la piel
- Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo: poco acompañamiento por parte de sus padres.
- Eje V: EEAG 70- 80, Actual

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En el **TEPT** el factor estresante debe ser un estresor traumático, según es definido en el DSM-IV-R y en la CIE-10 por tratarse de un peligro cierto para la vida. En el trastorno adaptativo el factor estresante puede tener cualquier intensidad y no tiene un patrón de respuesta específico, como revivir un acontecimiento traumático. **El trastorno de estrés agudo** se diferencia del TEPT porque el cuadro clínico aparece y se resuelve en las primeras cuatro semanas posteriores al acontecimiento traumático. Además, es necesario tener en cuenta que si los síntomas de evitación, embotamiento emocional y aumento de la activación no cumplen los criterios para el diagnóstico de TEPT pero si para otro trastorno mental deben ser diagnosticados como pertenecientes al mismo, como un trastorno de ánimo o bien otro trastorno de ansiedad. Los pensamientos intrusos característicos del trastorno obsesivo-compulsivo no se relacionan con un estresor traumático. Cuando medien compensaciones económicas, selecciones o determinaciones forenses, debe descartarse la simulación. Para el diagnóstico de TEPT es preciso que el paciente cumpla los criterios clínicos característicos, además de poder descartar otro trastorno mental determinado, enfermedad médica o es explicado por los efectos fisiológicos de una sustancia de abuso, según desarrollan First, Frances y Pincus (1996) y Frances y Ross (2002).

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

6.11. FORMULACION CLINICA

A partir del proceso de evaluación realizado, la paciente presenta problemas en su conducta, tales como auto estimulación sexual compulsiva llegando a presentar excoriaciones a nivel de la región vaginal, observación directa a videos con contenidos sexuales, periodos de agresividad e irritabilidad, juegos repetitivos en los que se relacionan aspectos del suceso traumático entre ellos jugar al papa y a la mama y/o a los novios, alteración del sueño, Jk algunas veces se levantaba a altas horas de la madrugada con una sensación de miedo y terror sin explicar sus causa, así mismo, presento disminución en el interés de actividades académicas manifestadas por falta de concentración en las clases, desmotivación frente a la realización de tareas, dentro del análisis se logró observar estados emocionales negativos como enfados, aburrimiento, aislamiento producto del abuso sexual. Basándose en lo anterior se determina que la paciente presenta un trastorno de estrés postraumático (TEPT) con síntomas disociativos (despersonalización) en remisión parcial.

El modelo de Lazarus (1966) considera el estrés como resultado de una evaluación de daño/perdida, de amenaza o de desafío. En el primer caso, el individuo evalúa hechos consumados; el hecho de que la paciente sea víctima de un abuso sexual, la cual es identificado como el evento traumático, desencadenó en ella una alteración en la conducta manifestada en una diversa sintomatología mencionada anteriormente, reuniendo los criterios del manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales (DSM V).

La causa principal que contribuye a la aparición de TEPT son las exposiciones a un evento traumático, propio en la paciente; sin embargo el trastorno por estrés postraumático debe entenderse desde una perspectiva relacional. En otras palabras, lo que traumatizó a la menor no fue solamente el evento del abuso sexual sino que también es el resultado de los

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

factores de predisposición que la convierten en especialmente vulnerables al suceso. Debido a lo anterior en el caso se identifican factores que han predisposto a Jk tales como su temperamento sumiso, vínculo afectivo inconsistente, escasa socialización con sus padres y familiares, cambios frecuentes de ambiente familiar y cuidadores, hacinamiento, inestabilidad geográfica, los padres debido a crisis económica les correspondió asumir el rol de proveedores dejando a la niña en una situación de vulnerabilidad completa sin acompañamiento seguro y protector.

Con respecto a la teoría explicativa sobre el procesamiento emocional (Foa y Kozak, 1986) sugiere que el TEPT surge debido al desarrollo de una estructura de temor interna que provoca la conducta de evitación o escape. Así la respuesta de afrontamiento ante las situaciones es básicamente la evitación que se mantiene por reforzamiento negativo (escapar o evitar las emociones negativas) estas respuestas incluyen evitar conversaciones relacionadas con el trauma, bloqueos, distraerse, no expresar emociones.

Por otro lado la Teoría del procesamiento de la información: citando a Resick y Schnicke (1993), plantean que no solo se trata del temor en si lo que causa el TEPT, sino del andamiaje de emociones que se pueden desarrollar en relación al suceso tales como ira, vergüenza o tristeza, que surgen del trauma y de la interpretación que cada sujeto hace del acontecimiento. Se sabe que por el fenómeno de economía cognitiva, las personas suelen asimilar y procesar más fácilmente la información congruente con sus esquemas, cuando sucede algo que no coincide con los esquemas previos, la actividad de interiorizar nueva información genera incomodidad y demanda mayor esfuerzo cognitivo por parte del paciente. Para el sujeto no tenerse que enfrentar y asimilar nueva información, comienza a evitar y a impedir enfrentarse al recuerdo traumático. Según los autores, este cuadro clínico surge a partir de sucesos aversivos impredecibles e incontrolables que no han sido procesados emocionalmente de forma adecuada y que interfieren en la integración cognitiva y emocional de otras experiencias y conductas.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

Por último es fundamental para la comprensión del caso, resaltar que la paciente presento hace un año y 8 meses, despigmentación en la piel; y las respuestas de los medico se basaron en que era producto de estrés. De modo similar algunos estudios, identifican al estrés y emociones intensas como una de las casusas posibles de la despigmentación de la piel; En estudios realizados por el Dr. Pedro Borrás (1983) se concluye, que el Estrés y acontecimientos negativos importantes como la perdida de seres queridos, divorcios de los padres, eventos traumáticos, constituyen factores de riesgo para la aparición de la enfermedad. Algunos pacientes con este mismo signo, experimentaron su primer brote durante un evento traumático o estresante.

7. PLAN DE INTERVENCIÓN

NIVEL DE INTERVENCIÓN	PROPÓSITO	ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS	SESIONES
Establecer una buena relación terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • garantizar una relación calidad, segura y de aceptación para generar que la niña confíe en el proceso y la terapeuta. • promover la empatía para facilitar el reprocesamiento emocional del evento y la creación de nuevos significados. • normalizar los síntomas para generar un ambiente colaborativo. 	<p>Juegos</p> <p>Representación de títeres</p>	1 - 4

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

NIVEL DE INTERVENCIÓN	PROPÓSITO	ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS	SESIONES
Fomentar la expresión de Los Sentimientos Y Pensamientos Experimentados (Desahogo Emocional)	*Incitar a que la niña pueda romper con el secreto y el sentimiento de aislamiento que lo acompaña mediante la expresión de sus sentimientos	Técnica de exposición Escucha activa Narración dirigida , Dibujo libre Cuentos, relatos	5-7
Minimizar Los Sentimientos De Culpa	*Reevaluar las creencias disfuncionales relacionadas con la culpa a través del fortalecimiento del autoestima y el respeto por el cuerpo. *Fomentar que la niña atribuya la responsabilidad de lo ocurrido al agresor.	Exposición a relatos representativos y la lectura de materiales o de cuentos específicos y juegos. Reestructuración cognitiva Debate de pensamiento auto instrucciones	8-9
Disminuir Los Síntomas Asociados Con El Evento Traumático	*Disminuir las conductas hipersexualizadas y síntomas de estrés a través de actividades intrafamiliares e interpersonales, para restar los sentimientos de soledad y desprotección. *Proporcionar un ambiente seguro para la intimidad y más abierto a las relaciones sociales y familiares. *Instaurar un ritual tranquilizador a la hora de acostarse mediante el acompañamiento de los padres por medio de diversas estrategias (baño relajante, cuento favorito, música relajante)	Habilidades de afrontamiento Entrenamiento en comunicación asertiva Entrenamiento en relajación Música relajante Cuentos infantiles	9-10

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

Fomentar relaciones nutritoras entre padres e hija para fortalecer vínculos afectivos	<ul style="list-style-type: none"> *Incorporar fuertemente a los padres en el plan de intervención, reconociendo de esta forma la importancia de la familia como agente de socialización. *Promover el acompañamiento emocional de padres, generando tiempo de calidad en la familia. *Facilitar un cambio positivo en las actitudes y comportamientos familiares y personales 	Habilidades de manejo de la conducta de la niña Actividades lúdicas	10- 11
Psicoeducación Sobre El Abuso Sexual Infantil Y Una Sexualidad Sana.	<ul style="list-style-type: none"> *Enseñar a la niña modos eficaces de asertividad para rechazar peticiones no deseadas en el ámbito erótico. *Enseñar a la menor técnicas de evitación de situaciones que suponen un claro riesgo de abusos sexuales *Darle pistas claras e inequívocas de cuándo un acercamiento de un adulto tiene una intencionalidad erótica *Capacitar a la menor para informar de manera inmediata de ulteriores episodios de abuso. 	Material de video, explicaciones verbales y material escrito Entrenamiento en conductas asertivas	12-13
Seguimiento y Prevención de recaídas			15

Tabla #5

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

7.1.EL CURSO DEL TRATAMIENTO

SESIÓN	TRABAJO TERAPÉUTICO	LOGROS, DIFICULTADES, NOVEDADES
1	Entrevista inicial (características de la problemática)	Llegan 20 minutos de retraso madre e hija. Se hace el respectivo encuadre, Se Profundiza en el problema, motivo por el cual consulto y el impacto que ha tenido. Lo cual Jk se muestra con rabia y se tapa su cara
2	Alianza terapéutica	Se recibe a la menor con juguetes en el consultorio, lo cual ella se muestra agradada, receptiva al abordaje, se habla de los gustos favoritos de la paciente, de sus cumpleaños pasado, se le explica que es una psicóloga, se le pregunta si sabe el motivo por la cual la traen, lo cual dice que no. Se le dice a la menor que puede jugar como quiera y también que puede explicar todo lo que se le ocurra durante el tiempo en que lo esté haciendo.
3	Historia clínica personal de la paciente y Explicación del modelo del trabajo terapéutico	Se explica el modelo, la madre y la niña se mostraron receptiva al abordaje, se recogió información significativa de la historia de Jk, se deja un espacio para jugar usando diferentes técnicas con la niña, la sesión duro 15 min más que el tiempo estipulado. Se le deja claro a la menor que puede hablar de lo que ella desee. Se trabaja en fortalecer la relación terapéutica y brindarle un ambiente confiable, seguro.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

4	Aplicación cuestionario evaluación emocional para padres y abordaje con la paciente.	Se citan a los padres para aplicar el cuestionario, mientras que Jk está dentro del consultorio, se trabaja con la menor para que exprese sus sentimientos, se usan muñecos con atributos sexuales definidos (juego dirigido), a lo cual la menor mostro reacción de vergüenza y asco. Se fomenta para que la niña pueda expresarse, sin embargo se tuvo que suspender para que no se sintiera presionada.
5	Expresión de sus sentimientos y emociones, se construye los análisis funcionales para el caso	Se retoma el tema de la sesión pasada, enseñándole la importancia a través de una narración en expresar nuestros sentimientos, así se logra que exprese las conductas hipersexualizadas, a la cual se muestra con emociones como culpa, vergüenza, tristeza. Se indaga la frecuencia con la que lo hace, e aspectos relevantes (alguna expresión de abuso sexual) lo cual le produce vergüenza y tapa su rostro. Se normalizan los síntomas, y se fortalece la relación terapéutica
6	Expresión de sus pensamientos, emociones	Para esta sesión se logró que la niña empezara a expresarse, relato información relacionada con el abuso sexual, a través de títeres, psicodrama; y eventos relacionados a la problemática a través de dibujos. Se le valida por su confianza en expresar sus sentimientos y pensamientos a lo cual ella se observa tranquila.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

7	Se implemente el protocolo de NICHHD para la entrevista en víctimas de abuso sexual	Antes de esta sesión se llama a la niña, para tener más comunicación de seguido y saber cómo esta. Se recibe la paciente como siempre en la sala de espera, se explica a la niña las instrucciones pertinentes al proceso, hubo un momento en el que la niña decide dibujar lo que estaba expresando porque se sintió mejor de esta manera. Se interviene en minimizar los sentimientos de culpa generados por el abuso y siempre validar su esfuerzo de compartirme esta información
8	Minimizar los sentimientos de culpa, aclarar empáticamente mi deber profesional	Se emplea la técnica del pastel, con el fin de que la menor atribuya la responsabilidad de lo ocurrido al agresor, logrando un 99% de responsabilidad a este; 1% a el adulto presente en casa, y 0% de responsabilidad a ella. Le explique a la niña que es conveniente contar con el apoyo de sus padres, que yo le garantizaba que ellos iban apoyarla para que ella pudiera decírselo y juntos orientarla con relación a sus conductas hipersexualizadas y su calidad de vida.
9	Devolución con los padres	Se le pregunto a la menor si deseaba estar presente a lo cual ella manifestó que no, se quedó en unos de los consultorios haciendo una lectura de cuentos con relación al nivel de intervención. Se hizo el proceso de devolución donde se le manifestó a los padres todo el proceso de evaluación y el presunto abuso sexual, se observaron ansiosos, preocupados, revelando que la madre fue abusada en su infancia y nunca le creyeron, se abordó la situación y se le explico el proceso legal para estos casos. Se les dio pautas para manejar la situación en casa, finalmente Jk pudo decirles que había llegado el momento de que supieran lo que le había pasado. Obteniendo una respuesta positiva tanto de los padres como la niña.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

10	Normalizar las conductas hipersexualizadas y explicar a la menor y padres el proceso legal que corresponde	Se dirigió el abordaje a sensibilizar a Jk para que tuviera claridad frente a los procesos seguidos, se tuvo en cuenta sus derechos, se hizo educación frente a la sexualidad [escritos de Camp (1985) y de López (1995)]. La niña se mostró muy receptiva motivada ante la sesión, tranquila. Se aborda a los padres para que conjuntamente trabajemos por el bienestar de Jk.
11, 12	Se realiza la denuncia con el consentimiento de la menor y padres.	Se ejecuta la respectiva denuncia del caso (presunto delito de acto sexual), en la unidad de la fiscalía CAIVAS (Centros de Atención a víctimas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales), donde entregan 3 órdenes para la atención especializada de la menor, 1- bienestar familiar, 2- CTI (cuerpo técnico de investigación), 3- medicina legal.
13	Cumpliendo con los derechos de la menor de edad, se realiza, una sensibilización con los padres de familia. Y Psicoeducación a Jk.	Fue necesario para el caso realizar una intervención inmediata destinada a sensibilizar a los padres para llevar a cabo la entrevista forense encargada del CTI y la valoración por medicina legal. Ellos no querían que esto se llevara a cabo porque era exponer nuevamente a su hija a hablar del evento traumático, y consideraban que ya no era importante porque había ocurrido hace aproximadamente 2 años. Sin embargo se logra demostrar la importancia de llevar a cabo estos conductos. Se le agradece y valida por los logros alcanzados gracias a su confianza, se trabaja asertividad, habilidades comunicativas, de igual forma se le explica a la paciente el procedimiento con relación al CTI como los conductos reguladores para la investigación de su caso.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

14	Acompañamiento psicológico gracias a la óptima relación terapéutica establecida con la niña.	Se llevó a cabo la entrevista forense (se anexa audio) donde se evidencia el trabajo realizado y los logros alcanzados, se le dio la opción a la menor para que eligiera o no a una persona que la acompañara en la entrevista; todo esto fue posible por la buena relación terapéutica establecida. Se obtuvo que la niña expresa sus sentimientos más tranquilamente, de igual manera, se llevó a cabo la intervención por el ICBF (instituto Colombiano de bienestar familiar).
----	--	--

Tabla # 6

8. MARCO TEÓRICO

8.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Las agresiones sexuales consisten en un problema de carácter social que se ha dado desde los tiempos más antiguos hasta nuestros días, y no solo eso, sino que además trascenderá durante la existencia del hombre en el mundo. Esto se debe principalmente a la complejidad de su estructura psicológica, presentando un sin número de reacciones a estímulos diversos de carácter sexual. Los actos de abuso sexual están clasificados dentro de la psicología como conductas sexuales agresivas. La conducta sexual agresiva va desde la exhibición pública hasta el abuso sexual con niños, violación y actos de sadismo en los que se presenta la tortura y hasta el asesinato.

Haciendo un breve análisis de la especie humana vemos que en la Antigüedad, cuando el hombre no se había desarrollado, como tal es hoy, se daban la mayoría de las expresiones sexuales que hoy se conocen. En ese punto del desarrollo, el futuro ser humano debe crear una serie de mecanismos que le permitan subsistir y mantener la vida de la especie. Aquellos eran tiempos en que estos mecanismos de supervivencia trabajaban al máximo pues no sólo peligraba la existencia del individuo, sino la de todo el grupo, incluso, la continuidad de la especie misma.

Una parte de dichos actos de preservación están vinculados a la sexualidad y prevé el incremento de la fecundidad e inicio temprano de la vida sexual de las hembras la especie, al disminuir la población y ponerse en peligro la continuidad del grupo. Estos mecanismos, por el valor que tenían para garantizar la continuidad de la vida quedaron como mandato genético o instintivo, transmitiéndose de generación en generación, durante cientos de miles de años. Se formó una estirpe, que dio origen a una casta de machos dominantes que ostentaba el poder y control de la tribu.

Desde aproximadamente cuatro mil años antes de nuestra era, el abuso sexual estaba presente en las sociedades antiguas, sin embargo sus manifestaciones no constituían delitos como lo son en nuestros tiempos ni tampoco era considerado como un problema social al

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

cual debía aplicarse ciertas medidas para su disminución o erradicación. En los pueblos de la antigua Caldea, Asiria, Persia, así como también en las culturas Aztecas y Maya, era todo lo contrario, en algunas ocasiones el acto de violación, específicamente se consideraba una orden de las divinidades de dichas culturas, en otras ocasiones era tomando como un acto de gracia por parte de los sacerdotes. Las doncellas de la antigua cultura eran vestidas con los mejores ropajes y mediante ceremonias y desfiles eran conducidas del lugar donde sería ejecutada esta acción. Para las doncellas que no pertenecían a clases nobles y que no contaban con una belleza física, a criterio de los sacerdotes eran encerradas en calabozos lejanos, o en los bosques, en los cuales acudían los sacerdotes y los iniciados con el objetivo de mera distracción encontrándose fuera de sus funciones de estos actos si eran conocidos por la sociedad, sin embargo, los ciudadanos se encontraban en la creencia de que eran una orden divina. Más tarde, al inicio de lo que sería el gran imperio romano, se reglamentaron en principios de derecho un conjunto de normas que castigaban estos actos. Y dichos principios de derecho a través de los años perduraron y formaron las legislaciones que actualmente nos rigen, con una complementación especial en cada país, de acuerdo con sus costumbres, con su realidad y la época en que se vive.

Este efímero sondeo histórico es una prueba fehaciente de que el abuso sexual, tal como se concibe hoy, siempre ha existido. Estos casos se han dado tanto en las culturas más primitivas, como en las más desarrolladas y en cualquier nivel económico y sociocultural.

Igualmente el abuso sexual infantil no puede entenderse si no se lo estudia en el marco del contexto histórico y social donde se produce. La cosmovisión del mundo en general y de cada conducta social está determinada por las ideologías y teorías que predominan en determinados momentos. En esta cosmovisión quedan incluidos prejuicios, avances sociales, nuevas teorías, el retroceso a otras que ya no se consideraban útiles y la tolerancia social que permite que los nuevos avances realizados sigan o no en vigencia.

La violencia hacia la infancia en todas sus formas no escapa a estas cosmovisiones. A lo largo de la historia los niños han sido olvidados, desacreditados, no tenidos en cuenta. El hecho de tomar conciencia de la necesidad de cuidarlos, protegerlos y tratarlos bien no se

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

extiende mucho en el tiempo, si miramos hacia atrás. Dicho de otro modo: el ser humano no siempre consideró que debiera cuidar adecuadamente de su prole. Este hecho es, en algún punto, relativamente moderno.

8.2 DEFINICIÓN

Para hablar de abuso sexual infantil, no podemos dejar de lado la pequeña línea que existen entre este y el maltrato infantil, a continuación se mostrara a que se refiere cada una y porque es necesario saber a qué atribuye cada concepto, teniendo ambas un grado de importancia similar y relevante.

Se denomina maltrato infantil o abuso infantil a cualquier acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el trato hacia un menor, por parte de sus padres o cuidadores, que le ocasiona daño físico o psicológico y que amenaza su desarrollo tanto físico como psicológico. Se distinguen cinco tipos básicos de maltrato infantil: el abuso físico, **el abuso sexual**, el maltrato emocional, el abandono físico, el abandono emocional.

El abuso sexual infantil es cualquier actividad sexual forzada entre un niño y alguien mayor. No es limitado al contacto físico y puede incluir cosas como exponer a un niño o niña a la pornografía. Algunos abusadores usan fuerza física, pero muchos otros usan formas menos obvias de coerción como la manipulación emocional, amenazas, etc. Con frecuencia, las personas que han sido abusadas sexualmente, se sienten culpables por no haberse sentido suficientemente seguros para decirle a alguien lo que les estaba sucediendo en el momento.

La definición de «abuso sexual a menores» puede realizarse desde dos ópticas: la jurídica y la psicológica, que no siempre coinciden, por cuanto la valoración jurídica de esas conductas sexuales está condicionada por el criterio objetivable del grado de contacto físico entre los órganos sexuales de agresor y víctima, algo que no necesariamente correlaciona con la variación en el grado de trauma psicológico.

8.2.1 DEFINICIÓN DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN INFANTIL

Esta definición considera a los abusos sexuales como una situación ante la cual se debe preservar y defender a los niños y niñas. Por lo tanto la normativa y los protocolos orientan a los y las profesionales de los Servicios de Protección sobre cuestiones relativas a la detección, la notificación y la investigación del abuso sexual infantil contemplándolo como una forma de maltrato o desprotección infantil.

EL MANUAL DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN INFANTIL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA define al abuso sexual como:

“Cualquier clase de contacto e interacción sexual entre un adulto y un niño, niña o, en la que el adulto (que por definición posee una posición de poder o autoridad) usa a éste para su propia estimulación sexual, la del menor o la de otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el menor-víctima, o cuando está en una posición de poder o control sobre el menor”.

Para calificar estas conductas entre personas menores como abuso sexual, entre la víctima y el abusador han de existir:

- a) diferencias de poder que conllevan posibilidad de controlar a la víctima física o emocionalmente;
- b) diferencias de conocimientos que implican que la víctima no pueda comprender cabalmente el significado y las consecuencias potenciales de la actividad sexual; y
- c) diferencia en las necesidades satisfechas: el agresor/a busca satisfacer sus propios impulsos sexuales.

8.2.2 DEFINICIÓN DE LA JUSTICIA PENAL

Esta definición apunta a la prohibición de determinados comportamientos sexuales y a establecer los castigos en caso de que dicha prohibición no sea respetada. El abuso sexual a niños y niñas suele estar comprendido en la legislación relativa a delitos sexuales. La legislación prohíbe las relaciones sexuales con niños y niñas aunque no exista relación de parentesco con el agresor/a. En muchos países, sin embargo, el incesto puede estar contemplado de manera separada.

El Código Penal español establece criterios diferentes para las agresiones sexuales y para el abuso sexual. Considera a las agresiones sexuales como atentados, con violencia e intimidación, contra la libertad sexual de una persona y las sanciona con pena de prisión de 1 a 4 años. Si la agresión sexual consiste en el acceso carnal, la introducción de objetos o la penetración bucal o anal, la pena de prisión será de 6 a 12 años, que se incrementará hasta 15 años si concurre alguna de las siguientes circunstancias:

- La violencia o intimidación se ejerce de modo degradante.
- En la agresión intervienen dos o más personas.
- La víctima es especialmente vulnerable, por su edad, enfermedad o situación, y en todo caso, si es menor de 13 años.
- Si el autor del delito ha hecho valer contra la víctima una relación de superioridad o parentesco (por ser ascendiente, descendiente o hermano).
- Si el autor hace uso de armas o medios especialmente peligrosos que puedan producir la muerte o lesiones tales como la pérdida o inutilidad de un órgano o miembro sea o no principal, de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

En el delito de abusos sexuales no interviene la violencia ni la intimidación. La persona que lo comete realiza actos que atentan contra la libertad sexual de la víctima sin que ésta preste su consentimiento. Se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejerzan sobre menores de 13 años, sobre personas con trastorno mental o privadas de sentido. También es constitutivo de delito si el agresor/a obtiene el consentimiento de la víctima haciendo valer una situación de superioridad sobre la misma que coarte su libertad. Cuando el abuso sexual consiste en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable es castigado con pena de prisión de 4 a 10 años. Si se abusa sexualmente de una persona mayor de 13 años y menor de 16 años utilizando el engaño, también el agresor/a es castigado con penas de prisión o multa. La legislación, asimismo, contempla el exhibicionismo y la provocación sexual (realizar o hacer realizar a otra persona actos de exhibición obscena ante personas menores de edad e incapaces). Es también delictivo vender, difundir o exhibir material pornográfico entre personas menores de edad o incapaces por cualquier medio y se castiga con penas de prisión o multa. Otros delitos sexuales que involucran a niños/as y adolescentes son la prostitución y la corrupción. La persona que induzca a un menor de edad a la prostitución, o que la promueva, favorezca o facilite, podrá ser castigado con pena de prisión y multa, que se incrementa si le induce a ejercer la prostitución o mantenerse en ella, empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o si esa persona abusa de su condición de autoridad, agente o funcionario público. Penas similares se aplican a la persona que de forma directa o indirecta favorezca la entrada, estancia o salida del territorio español de menores o incapaces, con la finalidad de explotarlos sexualmente.

Las penas se incrementan cuando el culpable de las conductas pertenece a alguna asociación u organización que se dedique a la realización de actividades relativas a la prostitución y se agrega la inhabilitación absoluta transitoria si el culpable abusa de su condición de autoridad o funcionario público. Las penas se aplicarán junto con el castigo que, en su caso corresponda por las agresiones o abusos sexuales cometidos contra la persona menor o incapaz prostituida. Asimismo, se castiga con pena de prisión a la persona

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

que utilice a niños/as y adolescentes en espectáculos exhibicionistas o pornográficos, tanto públicos como privados, o para elaborar cualquier clase de material pornográfico o financie cualquiera de estas actividades. La pena se incrementa si el responsable pertenece a una asociación u organización que se dedica a la realización de estas actividades. También se castiga con prisión a la persona que posea material para realizar cualquiera de estas acciones y a aquéllos que produjeran, vendieran, distribuyeran o facilitaran material pornográfico en cuya elaboración hayan sido utilizadas personas menores de edad o incapaces, aunque el material provenga del extranjero o sea de destino desconocido. La pena es mayor cuando el responsable de cualquiera de estas conductas pertenece a una asociación u organización que se dedica a la realización de estas actividades y se castiga a la persona que posea el material para realizar cualquiera de estas conductas y a la que haga participar a una persona menor de edad o incapaz en un comportamiento de naturaleza sexual que perjudique la evolución o desarrollo de la personalidad de ésta.

Son castigadas con multas las personas que tuvieran conocimiento de la prostitución o corrupción de niños/as y adolescentes o incapaces que se encuentren bajo su patria potestad, tutela, guarda o acogimiento, y no hicieran lo posible por impedir su continuación en tal estado, o no acudieran a autoridad competente para denunciar la situación y en estos casos el Ministerio Fiscal inicia las acciones legales pertinentes para privarle de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar que posea sobre la persona menor o incapaz.

8.2.3 DEFINICION CLÍNICA

Si bien está en relación con la definición legal, está enfocada al impacto traumático de las experiencias en el niño, niña o adolescente. Es importante señalar que no todos los comportamientos sexuales de los que pudiera haber sido objeto un niño o una niña producirán efectos traumáticos. Éstos dependerán de la comprensión y del significado que atribuya a los comportamientos, atributos que pueden modificarse durante el proceso evolutivo.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

Lo importante es tener en cuenta que, aún en ausencia de efectos traumáticos observables, el niño, niña o adolescente debe ser protegido de futuros abusos (definición de Servicios de Protección Infantil) y que este tipo de comportamientos constituyen un delito (definición de la Justicia Penal).

8.3 TERMINOLOGÍA

La bibliografía especializada utiliza el término «abuso sexual» («abuso sexual infantil», «abuso sexual en la infancia», «abuso sexual a menores», «abuso sexual a niños», etc.) para referirse a este concepto.

Por su parte, en el lenguaje común de algunos países¹³ es designado también con el nombre de «pederastia». Igualmente, también es posible entender la palabra «pederastia» como sinónima de «pedofilia». Al que comete el abuso se le identifica con el nombre de «abusador», «abusador de menores», «abusador de niños», «agresor sexual [infantil]», etc.

Históricamente, la «pederastia» (del griego παιδεραστία, paiderastía (siendo páis o paidós: ‘muchacho’ o ‘niño’; y erastês: ‘amante’) no ha sido asociada necesariamente al abuso. En la Antigua Grecia, por ejemplo, era la simple relación entre un adolescente y un adulto.

Clínicamente, la patología que sufre la mayoría de los abusadores de menores se conoce con el nombre de «pedofilia»: un tipo de parafilia que consiste en la excitación o el placer sexual derivados principalmente de actividades o fantasías sexuales repetidas o exclusivas con menores prepúberes (en general, de 8 a 12 años).

Consecuentemente, la persona que sufre esa parafilia se denomina «pedófilo». Con todo, no es frecuente que en los estudios sobre el tema se utilice ese término como sinónimo estricto de «abusador sexual».

La razón está, por un lado, en que algunos de los pedófilos no llegan nunca a abusar de niños, sino que se quedan en los límites de las fantasías sexuales; y, por otro, en que

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

algunos abusadores de niños lo hacen como reacción a una frustración con el ámbito adulto, que es sobre el que realmente tienen sus inclinaciones sexuales, de ahí que no sean, estrictamente, «pedófilos». En otras ocasiones, lo que se hace es circunscribir el término «pedófilo» a un tipo concreto de abusador, el primario, que se caracteriza por justificar su inclinación y conducta con criterios racionales. Con todo, hay también especialistas que no hacen distinción entre ambos conceptos.

Etimológicamente, tanto «pedofilia» (paidós: ‘niño’, filia: ‘amistad, amor’) como «pederastia» (paidós: ‘niño’, erastos, eros: ‘deseo sexual’) se basan en el término paidós: ‘niño’.

8.4 TIPOS DE COMPORTAMIENTOS SEXUALES

Los comportamientos sexuales inadecuados y abusivos abarcan una amplia gama de acercamientos que se detallan a continuación. Es importante destacar que para que ocurran actos abusivos **NO** es necesario el contacto físico ni que haya penetración.

TIPOS DE COMPORTAMIENTOS SEXUALES QUE CONSTITUYEN ABUSOS SEXUALES HACIA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES:

COMPORTAMIENTOS SEXUALES SIN CONTACTO FÍSICO

- Comentarios sexualizados hacia el niño o la niña (lo más frecuente es que se realicen en su presencia; sin embargo, el agresor/a puede realizar comentarios obscenos por teléfono, notas o cartas)
- Exhibición de genitales frente al niño o la niña llegando, a veces, incluso a masturbarse delante de él o ella.
- Voyeurismo (espiar la intimidad del niño, niña o adolescente)
- Exhibición de materiales pornográficos al niño, niña o adolescente (libros, revistas películas, videos, DVD)
- Inducción a que el niño, niña o adolescente se desnude o se masturbe delante del agresor/a.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

COMPORTAMIENTOS CON CONTACTO SEXUAL (Por encima o por debajo de la ropa)

- Tocamientos en las partes íntimas (genitales, glúteos, pechos)
- Inducción a que el niño, niña o adolescente realice tocamientos al agresor/a
- Frotamiento de los genitales del agresor/a contra el cuerpo o la vestimenta del niño, niña o adolescente.

PENETRACIÓN DIGITAL O CON OBJETOS

- Agresor/a introduce su dedo en vagina y/o en ano
- Agresor/a induce al niño, niña o adolescente a introducir su(s) propio(s) dedo(s) en vagina y/o en ano
- Agresor/a introduce algún elemento en vagina y/o en ano
- Agresor/a induce al niño, niña o adolescente a introducir algún elemento en vagina y/o en ano.

SEXO ORAL (niño/a practica sexo oral a agresor o agresor/a lo realiza con el Niño/a o las dos modalidades)

- Besos de lengua
- Succionar, besar, lamer o morder pechos
- Cunnilingus (lamer, besar, chupar o morder la vagina o colocar la lengua en el orificio vaginal)
- Felaciones (lamer, besar, chupar o morder el pene)
- Anilingus (lamer, besar el orificio anal)

PENETRACIÓN PENEANA

- Coito vaginal
- Coito anal
- Coito con animales

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

8.4 CONSECUENCIA DEL ABUSO SEXUAL

La variabilidad de las experiencias que conllevan la categoría de abuso sexual y los distintos contextos en los cuales éste se produce, determinan diversos niveles de impacto en las víctimas. De esta forma, la sintomatología presentada tiende a ser distinta de un niño, niña o adolescente a otro. Algunos de ellos podrían presentar sintomatología grave e inmediata, mientras que otros podrían presentar sintomatología sólo en el largo plazo.

Las consecuencias dependerán, por lo tanto, de la edad, el desarrollo cognitivo y emocional, el daño físico producido, los factores resilientes, la cultura en la cual se encuentra inserto/al niño, niña o adolescente, la relación con el perpetrador, la cronicidad del abuso, la tipología de éste, la sensación asociada de temor y culpabilidad, la utilización de amenazas o soborno, la pesquisa temprana, la reacción del adulto no abusador ante la revelación y el tratamiento proporcionado a las víctimas. El sexo y edad del agresor/a no presenta relación con la severidad de las consecuencias en los niños, niñas o adolescentes.

Existen pocos estudios prospectivos, o de casos y controles, que intenten establecer una relación a largo plazo entre el abuso sexual infantil y otros trastornos neuropsiquiátricos. Sin embargo, algunas de estas evidencias señalan que el riesgo de presentar en la vida adulta síntomas depresivos o ansiosos, algún intento de suicidio, abuso de alcohol o Síndrome de Estrés Postraumático, es cerca de tres veces mayor en niños, niñas o adolescentes víctimas de abuso que en la población no abusada.

En las tablas 1 y 2 se señalan las principales consecuencias (y manifestaciones) del abuso

Sexual a corto y largo plazo

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

CONSECUENCIAS FÍSICAS DEL ABUSO SEXUAL IN FANTIL	
Manifestaciones agudas y en el período inicial de una agresión	Consecuencias a largo plazo
<p><i>Lesiones anales o vaginales</i> <i>Embarazo no deseado</i> <i>Infecciones de transmisión sexual:</i> <i>gonorrea, clamidia, tricomoniasis,</i> <i>sífilis, VIH / SIDA y hepatitis B, así</i> <i>como, cuadros clínicos de vulvitis,</i> <i>vaginitis, cervicitis, uretritis, vaginosis bacteriana,</i> <i>verrugas genitales, proceso inflamatorio pelviano,</i> <i>infertilidad, embarazo ectópico</i></p>	<p><i>Trastornos no inflamatorios de los</i> <i>órganos genitales femeninos, anorgasmia,</i> <i>vaginismo, dispareunia, dolores pélvicos</i> <i>crónicos, Menopausia temprana.</i> <i>Incontinencia anal o vesical</i></p>

Tabla # 7

CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN LA SALUD MENTAL

ENFERMEDADES O SÍNDROMES CIE 10	SÍNTOMAS AISLADOS
CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Reacción de estrés agudo (F43.0)</i> • Trastorno de estrés postraumático (F43.1) • <i>Crisis de pánico (F41.0)</i> • <i>Episodio depresivo (F32)</i> • <i>Trastornos emocionales de comienzo en la infancia (F93): ansiedad de separación, fobias</i> • <i>Trastornos de sueño (F51): terrores nocturnos, pesadillas, insomnio</i> • <i>Trastornos de la ingestión de alimentos (F50): anorexia, bulimia, obesidad</i> • <i>Otros trastornos disociativos (F44.82)</i> • <i>Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y orientación sexual (F66)</i> • <i>Trastorno oposicionista desafiante (F91.3)</i> • <i>Pérdida del control de esfínteres: enuresis (F98.0) y encopresis (F98.1) no orgánicas</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Intentos de suicidio o ideas suicidas</i> • <i>Desmotivación</i> • <i>Baja autoestima</i> • <i>Sentimientos de culpa</i> • <i>Conducta hiperactiva</i> • <i>Dificultades de atención y concentración</i> • <i>Trastornos del aprendizaje</i> • <i>Alteración del funcionamiento cognitivo y rendimiento académico, repitencias escolares</i> • <i>Aislamiento social, menos amigos</i> • <i>Hostilidad, agresividad, rabia</i> • <i>Rechazo a figuras adultas</i> • <i>Hostilidad hacia el agresor</i> • <i>Temor al agresor</i> • <i>Fugas del hogar</i> • <i>Deserción escolar</i> • <i>Interés excesivo por juegos sexuales</i> • <i>Conducta sexualidad que no corresponde a la edad ni etapa evolutiva</i>

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Trastorno depresivo recurrente (F33)</i> • <i>Trastornos de ansiedad (F40 – F42)</i> • <i>Trastornos por estrés postraumático (F431)</i> • <i>Disfunciones sexuales (F52)</i> • <i>Trastornos de personalidad y comportamiento en adultos (F60 – F69)</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Explotación sexual comercial</i> • <i>Baja autoestima</i> • <i>Estigmatización</i> • <i>Conductas de riesgo, ausencia de autoprotección</i> • <i>Ideas suicidas e intentos de suicidio</i> • <i>Fracaso escolar</i> • <i>Abuso y dependencia de alcohol y/o drogas</i> • <i>Conductas delictuales</i> • <i>Relaciones familiares conflictivas</i> • <i>Negligencia en obligaciones</i> • <i>Aislamiento social, menos interacciones sociales, baja participación en actividades comunitarias</i> • <i>Dificultad en las relaciones de pareja, elevado índice de ansiedad social, estilo parental permisivo, percepción negativa de sí misma/o como madre o padre, uso de castigo físico ante conflicto con sus hijos/as</i> • <i>Re victimización</i> • <i>Transmisión intergeneracional</i> |
|---|--|

Tabla # 8

CONSECUENCIAS POR ÁREAS:

- Problemas emocionales

Dentro de este apartado destacan, por su presencia en gran parte de las víctimas de abuso sexual infantil, los trastornos depresivos y bipolares; los síntomas y trastornos de ansiedad, destacando por su elevada frecuencia el trastorno por estrés postraumático; el trastorno límite de la personalidad; así como las conductas autodestructivas (negligencia en las obligaciones, conductas de riesgo, ausencia de autoprotección, entre otras); las conductas auto lesivas; las ideas suicidas e intentos de suicidio; y la baja autoestima. Fue detectado en el 72% de la muestra con la presencia variada de uno y otro problema emocional.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

▪ Problemas de relación

El área de las relaciones interpersonales es una de las que suele quedar más afectada, tanto inicialmente como a largo plazo, en víctimas de abuso sexual infantil. Esta área fue la de mayor por ciento existente en la muestra, casi la totalidad de la misma presenta dificultades en el establecimiento de relaciones con los coetáneos y dificultades en los padres como pareja.

Destaca la presencia de un mayor aislamiento y ansiedad social, menor cantidad de amigos y de interacciones sociales, así como bajos niveles de participación en actividades comunitarias. Se observa también un desajuste en las relaciones de pareja, con relaciones inestables y una evaluación negativa de las mismas, entre otras. También aparecen dificultades en la crianza de los hijos, con estilos parentales más permisivos en víctimas de abuso sexual al ser comparados con grupos control, así como un más frecuente uso del castigo físico ante conflictos con los hijos y una depreciación general del rol maternal.

▪ Problemas de conducta y adaptación social

Se observan mayores niveles de hostilidad en víctimas de abuso sexual infantil que en grupos control, así como una mayor presencia de conductas antisociales y trastornos de conducta. Kaufman y Widom (1999), por su parte, constataron, mediante un estudio longitudinal (1989-1995), el mayor riesgo de huida del hogar que presentaban las víctimas de maltrato infantil, entre ellas, de abuso sexual infantil, en comparación con un grupo control. A su vez, la conducta de huida del hogar, así como el haber sufrido abuso sexual infantil, incrementaban el riesgo de delinquir y de ser arrestado por delitos diversos. Dentro de la muestra existen dos niños con problemas de conducta que están siendo valorados por el CDO del municipio para ser insertados en una escuela apropiada para este tipo de trastorno.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

■ Problemas funcionales

Uno de los problemas que afecta a las funciones físicas de estas víctimas de forma más frecuente son los dolores físicos sin razón médica que los justifique. También se observan algunas cefaleas, fibromialgias y trastornos gastrointestinales, lo que implica un importante gasto para los sistemas de salud, especialmente si no se diagnostican ni tratan de forma adecuada (Walker, Unutzer, Rutter, Gelfand, Saunders, VonKorff et al., 1999). Son diversos los estudios que demuestran la frecuente presencia de trastornos de la conducta alimentaria en víctimas de abuso sexual infantil, especialmente de bulimia nerviosa. También se detectan trastornos de conversión, que incluyen la afectación de alguna de las funciones motoras o sensoriales de la víctima (APA, 2002); las denominadas crisis convulsivas no epilépticas, que cambian brevemente el comportamiento de una persona y parecen crisis epilépticas, si bien no son causadas por cambios eléctricos anormales en el cerebro si no por la vivencia de acontecimientos fuertemente estresantes; y el trastorno de somatización, definido como la presencia de síntomas somáticos que requieren tratamiento médico y que no pueden explicarse totalmente por la presencia de una enfermedad conocida, ni por los efectos directos de una sustancia (APA, 2002). Se ha observado, a su vez, la frecuente presencia de síntomas y trastornos disociativos en víctimas de abuso sexual infantil, referidos a aquellas situaciones en las que existe una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno (APA, 2002). Concuerdan con estos datos tres niños que tuvieron tratamiento psiquiátrico por pérdida de memoria retrograda.

Destacan, por otro lado, los estudios sobre desórdenes ginecológicos, particularmente dolores pélvicos crónicos, así como también un inicio significativamente temprano de la menopausia en mujeres víctimas de abuso sexual. Este punto no pudo ser constado por el período de tiempo que requiere y además por no contar con la muestra física.

Los trastornos relacionados con el abuso de sustancias también aparecen frecuentemente en estudios sobre consecuencias del abuso sexual infantil. Otros trabajos han mostrado la

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

relación existente entre la experiencia de abuso sexual infantil y un peor estado de salud física general, tanto mediante síntomas físicos reales como según la percepción de salud subjetiva de las víctimas (Walker, Gelfand, Katon, Koss, Von Korff, Bernstein et al., 1999; Swanston, Plunkett, O'Toole, Shrimpton, Parkinson y Oates, 2003).

▪ Problemas sexuales

Browning y Lauman (2001) defienden que la sexualidad desadaptativa es la consecuencia más extendida del abuso sexual infantil, no obstante, destacan la no existencia de una relación causal entre la experiencia de abuso sexual infantil y el desarrollo de este problema, si bien el abuso sexual infantil actuaría como un importante factor de riesgo a tener en cuenta.

Otros estudios también han confirmado la frecuente presencia de problemas de tipo sexual en víctimas de abuso sexual infantil, como una sexualidad insatisfactoria y disfuncional, conductas de riesgo sexual (como el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, un mayor número de parejas y una mayor presencia de enfermedades de transmisión sexual y de riesgo de VIH). Derivados de estos problemas de tipo sexual y, particularmente de las conductas sexuales promiscuas y del precoz inicio a la sexualidad que presentan estas víctimas, destaca también la prostitución y la maternidad temprana.

▪ Re victimización

La re victimización es una de las consecuencias del abuso sexual infantil relacionadas con el área de la sexualidad que supone una mayor gravedad. Por re victimización se entiende la experiencia posterior de violencia física y/o sexual en víctimas de abuso sexual infantil por agresores distintos al causante del abuso en la infancia (Maker, Kemmelmeier y Peterson, 2001). Son diversos los estudios que han mostrado el riesgo de re victimización que presentan las víctimas de abuso sexual infantil. Las revisiones realizadas, por otro lado, destacan las enormes diferencias existentes entre los porcentajes de revictimización

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

obtenidos por los diversos estudios, oscilando entre un 16% y un 72%, según las definiciones y las muestras utilizadas (Breintenbecher, 2001; Messman- Moore y Long, 2003; Roodman y Clum, 2001).

▪ Transmisión intergeneracional

La posible transmisión intergeneracional de las prácticas parentales, así como del maltrato y el abuso sexual infantil sigue siendo un tema de estudio controvertido y con resultados que pueden llegar a ser contradictorios. Un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta a su pareja o a sus hijos.

Las revisiones específicas sobre la hipótesis de la transmisión intergeneracional del maltrato, es decir, la hipótesis de la reproducción del maltrato de padres a hijos, confirman su posible existencia (Green, 1998), aunque los autores constatan la enorme variabilidad en los porcentajes entre diversos estudios. Centrado en el tema del abuso sexual infantil, se han obtenido cifras de la posible transmisión intergeneracional situadas entre el 20% y el 30% de los casos, si bien la controversia sobre esta posible consecuencia del abuso sexual sigue existiendo y los resultados de las diversas investigaciones no pueden considerarse definitivos.

LA COMPLEJIDAD DEL DIAGNOSTICO

Validar un diagnóstico de abuso sexual es una cuestión no sólo complicada sino también delicada por las implicancias legales a corto y medio plazo y las emocionales, a largo plazo.

Aunque uno de los indicadores más específicos es el relato que hace la víctima, pocas veces es tomado en cuenta tanto por las personas que lo escuchan por primera vez como por los profesionales y/o autoridades que intervienen. Por lo tanto, la precisión diagnóstica será mayor en la medida en que los técnicos/as intervinientes puedan reconocer la presencia de signos¹ y síntomas - -físicos y emocionales- que corroboren la sospecha.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

Es importante destacar que raramente la confirmación del abuso sexual se basa tan sólo en el hallazgo de signos físicos específicos o se realiza con la presencia de sólo uno de los indicadores que describiremos en este apartado. Con frecuencia, la tarea diagnóstica se asemeja a la del investigador que va articulando diversas pistas (los indicadores) para obtener un panorama lo más cercano posible a lo que verdaderamente sucedió.

ACLARACIONES IMPORTANTES

Abuso sexual infantil no es sinónimo de violación.

Raramente el agresor/a utiliza la fuerza física para concretar la agresión. Por el contrario, suele establecer o preexistir un vínculo de confianza, de autoridad o de poder del que se abusa. La victimización consiste en un proceso gradual de sexualización de vínculos preestablecidos que comienza sin previo aviso. A diferencia de la violación de personas adultas que suele presentarse como un episodio único, que ocurre de manera brusca, impredecible, con características propias de un hecho accidental, el abuso sexual de niños/as y adolescentes ocurre de manera crónica, repetida, a partir de un proceso de intromisión gradual en la intimidad del menor siguiendo pautas de planificación previas del agresor.

Abuso sexual infantil no es sinónimo de incesto.

Existen abusos perpetrados por personas de la familia (intrafamiliares) y por personas ajenas a la familia (extra familiares). Se denominan incestuosos a aquellos actos abusivos que ocurren entre familiares que, por las pautas socioculturales y las leyes de un determinado grupo social, no tienen permitidas las relaciones sexuales ni los vínculos de pareja. Ejemplos de este tipo de vínculos serían el del padre y la hija, el padre y el hijo, la madre y la hija, la madre y el hijo, abuelos/as y nietos/as, tíos/as y sobrinos/as y hermanos/as entre sí.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

Abuso sexual infantil no es sinónimo de penetración genital.

El abuso sexual engloba una amplia gama de actividades sexuales con y sin contacto

Físico:

-Comportamientos sexuales sin contacto físico: comentarios sexualizados hacia la persona menor, exhibicionismo del agresor/a, voyeurismo, exhibición de materiales pornográficos.

-Comportamientos con contacto sexual: tocamientos, frotamientos, estimulación de genitales, sexo oral (fellatio, cunnilingus, anilingus), masturbación del adulto/a y/o del niño/a o adolescente, penetración digital o con objetos, penetración genital.

Abuso sexual infantil no ocurre únicamente entre un niño/a o adolescente y un adulto/a.

El abuso sexual intrafamiliar perpetrado por familiares adultos suele predominar en los casos del sistema de protección infantil y de los programas de intervención. Si la información surge de muestras de la población general (no de una muestra clínica), los hallazgos señalan que los abusos perpetrados por las figuras parentales representan entre un 6 a un 16% del total y los abusos perpetrados por familiares en general representan un tercio del total de casos. A su vez, en estas muestras no clínicas, los abusos cometidos por adolescentes representan hasta un 40% del total.

Abuso sexual infantil no es algo que cometan sólo los varones.

Las mujeres agreden sexualmente a niños/as y adolescentes en porcentajes que oscilan entre un 10-15% de los casos notificados. Se considera que el subregistro de este tipo de abusos es importante debido a múltiples causas, entre ellas que resulta más difícil de revelar y de notificar un abuso cometido por una mujer (por los estereotipos de género); que a los niños/as y adolescentes les suele dar más vergüenza revelarlos; a que las mujeres tienen mayor permisividad y más oportunidades para tener contacto físico con las personas menores a su cuidado.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

INDICADORES PSICOLÓGICOS DE PROBABLE ABUSO SEXUAL

Mientras que el registro de los indicadores físicos suele requerir la intervención de profesionales, los indicadores psicológicos pueden ser detectados por cualquier persona que está en contacto con los niños/as y adolescentes. Es importante que los trastornos señalados por los indicadores se evalúen teniendo en cuenta la edad y el nivel evolutivo del niño/a o adolescente. Pueden ser:

1. Altamente específicos: la revelación por parte del niño/a o adolescente de haber sido objeto de abusos sexuales
2. Compatibles con probable abuso: Conductas hipersexualizadas y/o autoeróticas infrecuentes en niños/as de la edad; Niño/a o adolescente que muestra conocimientos sexuales inusuales para la edad.

INDICADORES PSICOLÓGICOS DE PROBABLE ABUSO SEXUAL

CONDUCTAS HIPERSEXUALIZADAS Y/O AUTOERÓTICAS INFRECUINTES EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES:

- Masturbación compulsiva
- Conductas sexualmente inapropiadas para cualquier edad
- Variantes peculiares de los juegos de “médicos”, “los novios” o “el papá y la mamá”
- Utilización de la fuerza física o la coerción psicológica para conseguir la participación de otros niños/as o adolescentes en los juegos sexuales
- Sexualización precoz: juegos sexuales tempranos acompañados de un grado de curiosidad sexual inusual para la edad
- Juegos sexuales con otros niños/as o adolescentes mucho menores o que están en un momento evolutivo distinto.
- Acercamientos peculiares a los/as adultos/as:
Tratar de tocar u oler los genitales del adulto
Aproximarse por detrás a una persona agachada y, desde esa posición, realizar movimientos copulatorios
Acomodarse sobre un adulto/a en la cama y simular movimientos de coito
Pedir que le introduzcan o tratar de introducir la lengua al besar

Tabla # 9

INDICADORES INESPECÍFICOS:

Comportamientos llamativos y/o inadecuados para el nivel madurativo del niño/a o del adolescente que no están asociados exclusivamente con abusos sexuales sino que pueden observarse como reacciones ante diversas situaciones de estrés y suelen poner de manifiesto los intentos por defenderse y adaptarse a variadas experiencias de traumatización aguda y crónica.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

INDICADORES PSICOLÓGICOS INESPECÍFICOS

INFANCIA TEMPRANA (<3 años)

- Retraimiento social
- Alteraciones en el nivel de actividad junto con conductas agresivas o regresivas
- Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas
- Alteraciones en el ritmo de sueño

PREESCOLARES

- Síndrome de estrés post-traumático
- Hiperactividad
- Conductas regresivas
- Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos)
- Fobias y/o temores intensos
- Fenómenos disociativos

ESCOLARES Y PRE-ADOLESCENTES

- Cualquiera de los trastornos observables en etapas anteriores
- Dificultades de aprendizaje o alteraciones en el rendimiento, de aparición brusca e inexplicable
- Fugas del hogar
- Retraimiento llamativo o, por el contrario, hostilidad y agresividad exacerbada en el hogar, y/o con sus amigos/as y compañeros/as de estudios
- Sobre adaptación, pseudomadurez
- Conflictos con las figuras de autoridad, junto con una marcada desconfianza hacia los/as adultos/as significativos
- Pequeños robos, mentiras frecuentes.
- Sentimientos de desesperanza y tristeza
- Tendencia a permanecer en la escuela fuera del horario habitual

Tabla # 10

INDICADORES CONTRADICTORIOS... SÓLO EN APARIENCIA

La complejidad de los trastornos observados en casos de abusos sexuales a niños/as y adolescentes se pone de manifiesto al considerar que, dentro de la diversidad de los indicadores, coexisten algunos que son la contrapartida de otros. Por ejemplo: conductas retraídas junto con agresividad; excesiva inhibición junto con promiscuidad sexual; problemas en el aprendizaje junto con la necesidad de permanecer en la escuela fuera del horario habitual.

Esta aparente contradicción revela las diferentes modalidades de reacción de las personas menores en su intento de defensa y adaptación a la traumatización crónica.

Desde esta perspectiva, resulta más fácil advertir que aquellos niños/as y adolescentes abusados/as que tienen mayor facilidad para externalizar sus emociones tenderá a presentar agresividad y conductas transgresoras, mientras que otros/as -que no tienen facilitada la vía de la externalización- revierten el impacto traumático sobre sí mismos/as: son niños/as silenciosos/as y sobre adaptados/as que no despiertan la preocupación de los adultos/as; al contrario, se los alaba por ser “callados/as”, “tranquilos/as” y “bien educados/as”.

¿QUÉ ES UNA CONDUCTA “HIPERSEXUALIZADA”?

La conducta hipersexualizadas es uno de los indicadores más ligados al abuso: insinúa un conocimiento inhabitual del niño/a acerca de los comportamientos sexuales adultos y revela una erotización precoz.

Poder distinguir en poco tiempo y con el mayor grado de certeza posible si estamos frente a conductas exploratorias inofensivas o a indicadores de que algo más grave está ocurriendo, es de gran ayuda para la detección de los abusos sexuales. Por eso mismo, vale la pena aclarar algunos aspectos que suelen despertar confusión o polémica.

- **El Desarrollo Normal**

- Todos los niños/as, entre los 4 y 5 años, se muestran interesados en los asuntos sexuales y hacen preguntas sobre la diferencia sexual anatómica, sobre cómo nacen los bebés y cómo se forman.
- Todos los niños/as, alrededor de esa edad exploran sus propios cuerpos y curiosean el de sus pares (sobre todo los del sexo opuesto). Juegan “al doctor” mirando sus genitales y tocándolos. Incluso suelen llamarle la atención los pechos femeninos o los genitales adultos.
- Tanto la curiosidad como los juegos sexuales infantiles permiten explorar las sensaciones asociadas con las zonas erógenas (lo cual incluye la masturbación) y representan un estadio normal del desarrollo biopsíquico.

- **Conductas Hipersexualizadas**

- Masturbación compulsiva: se considera que reviste esta característica cuando la masturbación resulta la actividad que más interés despierta en el niño/a, que ocupa la mayor parte de su tiempo, llegando a no poder evitarla o detenerla aún en presencia de una figura que podría censurarlo; cuando la persona menor se provoca lesiones debido a esta actividad y/o introduce objetos en su vagina o en su ano; cuando emite sonidos o gemidos semejantes a los de la actividad sexual adulta y/o realiza movimientos copulatorios mientras se masturba.
- Conductas inapropiadas para cualquier edad. Por ejemplo: investigar los genitales (sobre todo, el recto) de animales, o intentar introducir objetos en sus orificios.
- Variante peculiar de jugar “a los médicos”, a “los novios” o a “mamás y papás”: los niños/as victimizados/as suelen proponer juegos con representaciones o actividades concretas de sexo oral, coito anal o vaginal, inserción de objetos en orificios genitales o masturbación mutua.
- Utilización de la fuerza física o la coerción psicológica para conseguir la participación de otros niños/as en los juegos sexuales.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

- Niño/a o adolescente que realiza juegos sexuales con otro/a mucho menor o que está en un distinto momento evolutivo.
- Acercamientos peculiares a los adultos: tratar de tocar u oler los genitales del adulto; aproximarse por detrás a una persona agachada y, desde esa posición, realizar movimientos copulatorios; acomodarse sobre un adulto en la cama y simular movimientos de coito; solicitar o tratar de introducir la lengua cuando besa.

EVALUACION DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA

Ante la sospecha de que un niño/a o adolescente esté sufriendo abusos sexuales en el entorno familiar se procede de manera parecida a cómo se hace ante las sospechas de malos tratos o de desprotección infantil. Se inicia un proceso de intervención que consta de las siguientes fases:

- A) DETECCIÓN
- B) NOTIFICACIÓN
- C) INVESTIGACIÓN
- D) EVALUACIÓN
- E) TOMA DE DECISIÓN
- F) INTERVENCIÓN

Por lo general, la primera etapa comienza cuando alguien cercano a los niños/as y adolescentes -un familiar o un profesional- sospecha que un podría encontrarse en una situación de riesgo de posible abuso sexual por algo que ha observado u oído) (DETECCIÓN).

Esta persona comunica la sospecha a los técnicos/as de los Servicios Sociales de Atención Primaria (NOTIFICACIÓN) y, si, según los procedimientos y criterios establecidos, éstos valoran que existen elementos como para que la sospecha tenga entidad, se inicia la investigación (INVESTIGACIÓN).

Siguiendo criterios consensuados y establecidos, en la fase de investigación se procede a:

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

1. Verificar la existencia de la situación de desprotección y valorar su gravedad.
2. Valorar las posibilidades de repetición y el riesgo que corren la salud y la integridad básicas del niño/a o adolescente.
3. Valorar la necesidad de adoptar medidas de protección de urgencia y adoptarlas en caso preciso.

En caso de confirmarse una situación de desprotección – y sin que importe el grado de gravedad- se pasa a la fase de EVALUACIÓN, en la que se investigan las causas que la produjeron. Se procede, por un lado, a identificar los factores individuales, familiares y sociales que pudieran estar relacionados con el origen y la continuidad de la situación de riesgo y, por el otro, a establecer la presencia de factores de protección. Se evalúan también las consecuencias de la desprotección en el desarrollo físico, psicológico, cognitivo y/o social a la vez que se identifican las necesidades de tratamiento y apoyo para el niño/as o adolescente y su familia y se valora el pronóstico de rehabilitación de los padres y/o personas encargadas de los cuidados.

Una vez obtenida esta información se procede a la TOMA DE DECISIONES y a la elaboración del Plan de Caso en la que se determina los problemas que serán abordados en el plan de intervención, cuáles serán las prioridades en el abordaje y cuáles son los recursos apropiados para abordar tanto los problemas como las prioridades. Una vez establecido este plan, se pone en marcha (INTERVENCIÓN) y se revisa periódicamente para evaluar los cambios producidos y la necesidad de ajustes en función del logro (o no) de los objetivos iniciales.

La evaluación de las sospechas de abusos sexuales a niños/as y adolescentes consiste en un proceso sistematizado de recogida de la mayor cantidad posible de información como para afirmar o descartar la ocurrencia de las agresiones sexuales. A veces puede ser llevada a cabo por un solo profesional; otras veces, requerirá de la colaboración de distintos especialistas.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

El objetivo de la evaluación es que los/as profesionales intervinientes puedan recoger información y formarse una opinión acerca de:

1. la fuente y el significado de los relatos o descripciones aportados por los niños/ as;
2. los comportamientos observados y
3. cualquier otro elemento que haya despertado sospechas de posibles comportamientos abusivos

Para tal fin se basarán en sus conocimientos de psicología evolutiva, del trauma y sus efectos y de las características y la dinámica de los abusos sexuales a niños/as y adolescentes.

Los resultados de las evaluaciones pueden usarse para orientar una intervención terapéutica y/o para colaborar en una decisión judicial. Por lo tanto, es aconsejable que los/as técnicos/as, a la hora de comenzar una evaluación, establezcan con claridad el objetivo de la misma.

La especialista estadounidense Kahleen Coulborn Faller (1993) recomienda tomar ciertos recaudos para evitar que la investigación, la evaluación y la intervención frente a las sospechas de abusos sexuales infantiles se conviertan en experiencias iatrogénicas y/o de revictimización.

La experta señala que el trauma principal que producen las agresiones sexuales es el de provocar sentimientos de indefensión ya que el cuerpo de las víctimas es utilizado por el agresor/a para su propia gratificación, intimidando psicológicamente a los niños/as para que no se resistan y obligándoles, muchas veces, a mantener el secreto con amenazas concretas. Mediante este mecanismo consigue que lo sucedido se mantenga oculto, cosa que puede ocurrir también a raíz de las creencias de las víctimas de que relatar lo sucedido será peor que silenciarlo.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

Para muchos niños/as o adolescentes esta creencia suele convertirse en realidad pues la revelación trae como consecuencia situaciones en que otras personas toman decisiones sobre sus vidas. Decisiones que pueden reflejarse en reiteradas entrevistas en las que se les humilla; procedimientos médicos que les asusta; confrontaciones con la persona que, supuestamente, le ha agredido o con otros integrantes de la familia; alejamientos de sus hogares; intervenciones terapéuticas cuya utilidad no les resulta clara; audiencias y declaraciones ante la justicia que se agregan a la incertidumbre ante los desenlaces posibles y la imposibilidad de negarse a aceptar decisiones de terceros.

Por todo esto, destaca Faller, resulta importantísimo que el procedimiento de investigación y evaluación sea cuidadoso y no incremente estos sentimientos de indefensión.

Por ello que se aconseja a cualquier persona –profesional o no- que escucha a un niño/a o adolescente describir situaciones compatibles con abusos sexuales, lo siguiente:

- Mantener la calma y el control de las emociones.
- No expresar desaprobación por el supuesto agresor/a ya que puede que el niño/a o adolescente le quiera y le proteja a pesar de haber sido victimizado/a.
- Tratar al niño/a y/o adolescente con dignidad y respeto.
- Escucharle con atención SIN rellenar los silencios que haga.
- Permitir que sienta y comente cualquier tipo de emoción sin hacer suposiciones que pueden no ser exactas.
- No obligarle nunca a que muestre sus lastimaduras o que comente sus sentimientos.
- Evitar usar palabras que puedan alterarle o ponerle nervioso/a.
- Ofrecerle reaseguro y apoyo.
- No hacer suposiciones sobre quién puede ser la persona responsable de la agresión.
-
- Contestar las preguntas del niño/a o adolescente con sencillez y con la mayor sinceridad posible.
- Hacer sólo promesas que pueda cumplir.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

- Antes de proceder a la investigación y a la evaluación de la sospecha es necesario tener mucho cuidado con la manera en que se pregunta al niño/a o adolescente: conviene aceptar (y registrar de manera textual) lo relatado o descrito espontáneamente sin solicitar mayores detalles.

Así como hay recomendaciones acerca de qué es más conveniente hacer para evitar re victimizaciones, también las hay acerca de qué no conviene hacer.

QUÉ NO PREGUNTAR A LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

- ❖ ¿Qué sentiste?
- ❖ ¿Te gustaba lo que te hacía?
- ❖ ¿Por qué no buscaste ayuda?
- ❖ ¿Por qué si te hacía estas cosas, buscabas estar con él/ella?
- ❖ ¿Por qué no lo has contado antes?
- ❖ ¿Por qué lo cuentas ahora?
- ❖ ¿Por qué piensas que te lo hacía?

Tabla # 11

COMPONENTES DE LAS ENTREVISTAS DE EVALUACIÓN

Para planificar las entrevistas de evaluación de sospechas de abusos sexuales, el equipo tiene que decidir qué modelo de evaluación utilizará, con cuáles recursos humanos puede contar, cuáles serán los aspectos formales de las entrevistas, las características de los recursos materiales que usará y quiénes participarán en el proceso.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

IMPORTANTE DECIDIR

- ❖ Qué modelo de evaluación se usará
- ❖ Características y formación de los/as entrevistadores
- ❖ Aspectos formales y materiales de la evaluación
- ❖ Quiénes participarán en las entrevistas

Tabla # 12

9. RELACION TERAPEUTICA EN LA PSICOTERAPIA

La psicoterapia no se podría concebir sin el establecimiento de una relación entre paciente y terapeuta (Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, Saúl, Botella y García, 2009). La relación terapéutica es el canal a través del cual transcurre la psicoterapia y por lo tanto es la condición de posibilidad del tratamiento. En uno de los trabajos de investigación más citados en este tema, Lambert (1992) halló que los factores comunes, dentro de los cuales la relación terapéutica es uno de los principales, explican aproximadamente el 30% de la mejoría del paciente.

Dentro del marco de la relación terapéutica se ha prestado especial atención al concepto de alianza terapéutica utilizado por primera vez por Greenson (1967). Posteriormente Bordin (1979, 1994) desarrolló una reformulación transteórica de la alianza terapéutica y la conceptualizó como consistente en tres componentes interdependientes: acuerdo en las tareas, acuerdo en las metas y vínculo positivo. La fortaleza de la alianza depende del grado de acuerdo entre paciente y terapeuta sobre las metas y tareas terapéuticas y de la calidad del vínculo entre ambos. La alianza terapéutica es por lo tanto multidimensional por naturaleza y su calidad varía en función de una compleja interdependiente y fluctuante matriz que abarca los tres componentes. Los hallazgos de la investigación establecieron que la alianza terapéutica es el mejor predictor de los resultados en psicoterapia (Horvath & Bedi, 2002). Esto apoya la visión de que los terapeutas que son empáticos, congruentes y muestran aceptación por sus pacientes, son más capaces de negociar las tareas y objetivos de la terapia y desarrollan un vínculo terapéutico más positivo (Watson & Geller, 2005).

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

APORTES DE LA TERAPIA COGNITIVA

“Paciente y terapeuta son componentes de un equipo cuyo fin es aliviar el sufrimiento.”

H. Fernández-Álvarez

“El tratamiento es el modo en que nos tratamos los unos a los otros.”

R.D. Laing

EL DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LA RELACION TERAPEUTICA

En primer lugar es importante señalar que el modelo cognitivo apoya los hallazgos previos a su surgimiento respecto del lugar central que ocupa la relación terapéutica en el proceso y los resultados terapéuticos.

En un primer momento, uno de los desarrollos de la terapia cognitiva, el modelo cognitivo – comportamental que enfatizaba las habilidades técnicas, puso menor énfasis en la calidad de la relación terapéutica en comparación con otros abordajes (Safran & Wallner, 1991). Sin embargo, tuvo lugar un cambio muy significativo en este énfasis; a través del desarrollo del modelo y los resultados de la investigación, se fue poniendo el foco en la relación terapéutica de manera más sistemática. Actualmente es un componente central y ha recibido un tratamiento específico dentro de esta orientación. La sola adherencia a técnicas ha probado ser insuficiente para asegurar buenos resultados, y se ha comprobado que una terapia competente requiere que los pacientes perciban a sus terapeutas como empáticos y con una actitud no crítica y congruente. En un estudio llevado a cabo por Watson y Geller (2005), se examinaron las diferencias en las percepciones de los pacientes sobre algunas características de la relación: empatía, aceptación, consideración positiva y congruencia en dos modalidades de terapia: Terapia Comportamental - Cognitiva (CBT) y Terapia Procesal – Experiencial (PET). La puntuación de los pacientes acerca de la relación terapéutica era predictiva de los resultados de la terapia en ambas modalidades terapéuticas.

Al iniciar el proceso psicoterapéutico, el terapeuta debe enfocarse en el desarrollo de una relación cálida, segura y de aceptación. Desde la perspectiva cognitiva la empatía promueve la exploración y la creación de significados y facilita el reprocesamiento emocional (Bohart, Elliot, Greenberg & Watson, 2002). La relación terapéutica es una empresa intensamente humana en la que los significados se afinan, evolucionan y se co-construyen en un diálogo continuo. Aunque sea conducido por un manual, la parte “artística” de la psicoterapia, se basa en la habilidad del terapeuta de dialogar y la empatía es la amalgama que mantiene la colaboración entre paciente y terapeuta y facilita la comunicación. La

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

empatía constituye la orientación hacia el intento de comprender a la otra persona en términos de su propio marco de referencia. Permite establecer un terreno en común, ya que constituye la base para entender que piensa o siente otra persona. Involucra los procesos básicos de lectura de la mente del otro y el esfuerzo por comprender qué significa para ellos lo que dicen. La empatía se define como la intención primaria de tratar de entender al cliente en términos de su propio marco de referencia. Esta intención guía al terapeuta en:

- a) tratar de aprehender los significados del paciente y
- b) constatar si el paciente percibe y comprende lo que el terapeuta le comunica.

De esta manera, el terapeuta experimenta resonancia con el paciente. Puede resultar difícil leer el marco de referencia del paciente ya que a veces es poco claro para el mismo paciente. En este punto el esfuerzo empático del terapeuta ayuda a “co-crear” una articulación de la experiencia implícita del paciente, comprobando permanentemente su nivel de comprensión. Si el paciente percibe que el profesional lo escucha y entiende se animará a ir más allá, a arriesgarse más a “contar su historia” (Bohart & Tallman, 1997).

Beck y sus colegas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck & Emery, 1985; Beck & Young, 1985) han tratado menos extensamente el papel de la relación terapéutica en la terapia cognitiva, pero siempre destacaron la importancia del “empirismo cooperativo”, o sea, la necesidad de que los terapeutas entablen relaciones cooperativas con los pacientes para ayudarlos a descubrir las percepciones que son incongruentes con la realidad, en vez de tratar de persuadir a los pacientes de que sus percepciones son irracionales o tendenciosas. Para entablar una buena cooperación terapéutica, Beck y Young (1985) sostienen que los terapeutas deben ser auténticamente cálidos, empáticos, sinceros y atentos y no representar el papel de “experto absoluto”. Deben preocuparse por no parecer críticos o reprobadores y por mostrar una actitud segura y profesional, que contribuya a inspirar confianza y a contrarrestar la desesperanza que inicialmente puede tener el paciente. Parte del proceso de entablar una buena relación cooperativa, señalan estos autores, implica trabajar junto con el paciente para fijar objetivos terapéuticos, determinar prioridades y acordar un orden del día para cada sesión. Obtener sistemáticamente retroalimentación del paciente, indican también Beck y Emery (1985), es útil para establecer una buena relación cooperativa. Esta retroalimentación ayudará al terapeuta a determinar si el paciente está cumpliendo con sus indicaciones o instrucciones tan sólo por temor a ser rechazado. Sugieren que es importante transmitir un fundamento adecuado para cada procedimiento del tratamiento, de manera que el paciente pueda comprender el proceso de tratamiento y participar activamente en él.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

El esfuerzo colaborativo entre terapeuta y paciente implica que se trata de un abordaje en equipo para la solución del problema. El terapeuta promueve la actitud de que “dos cabezas son que mejor que una” al abordar las dificultades personales.

El desarrollo de una relación que brinde apoyo y aliente al paciente a tomar riesgos debe promoverse desde el principio y durante todo el proceso. El éxito en lograr esta tarea se basa en seis claves centrales que promueven la relación terapéutica (Beutler & Harwood, 2000):

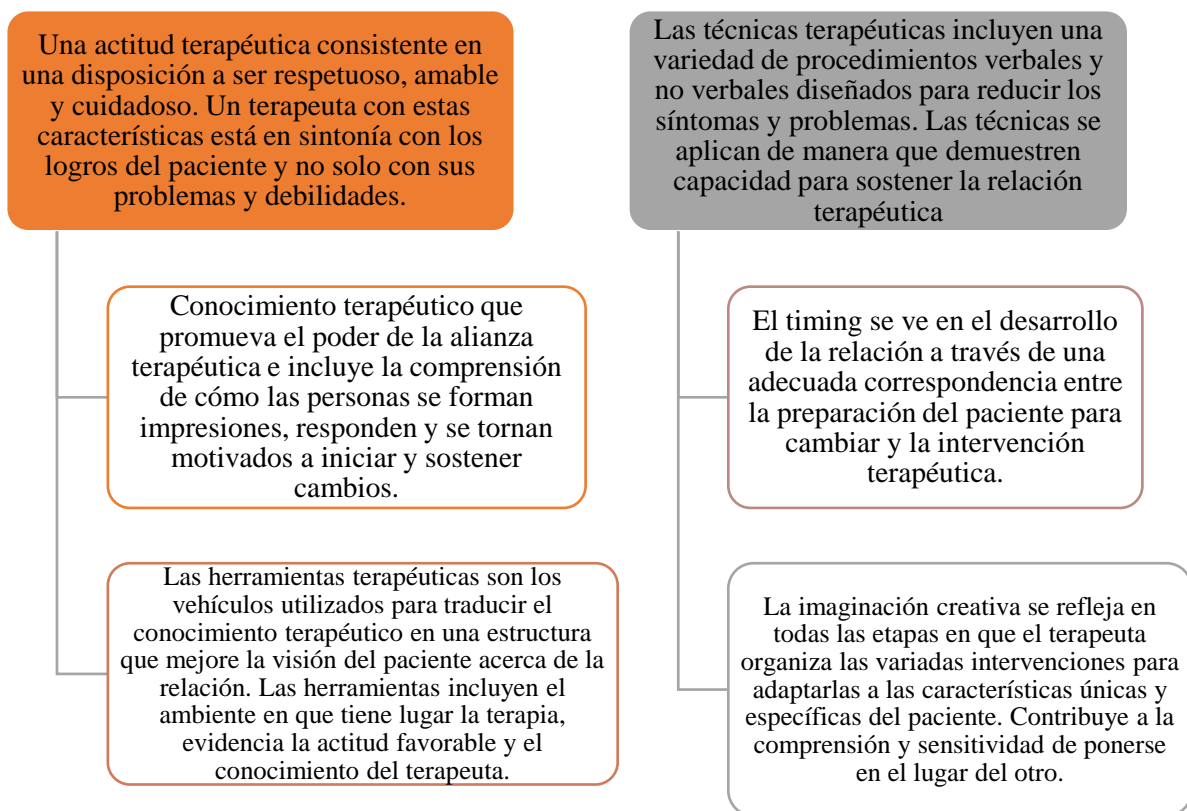


Tabla # 13

La relación terapéutica también varía en función de la etapa del tratamiento. Es esperable que haya un mayor grado de complementariedad en la etapa inicial, durante la construcción de la relación y un menor grado en la etapa intermedia cuando los patrones del paciente son confrontados para promover el cambio. En la etapa de terminación es esperable que reaparezca un mayor grado de complementariedad que refuerce los logros adquiridos (Bachelor, 1988).

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

Parte III. CARACTERISTICAS PERSONALES Y PROFESIONALES DEL TERAPEUTA

14. Autenticidad

- ☐ a. El terapeuta parecía decir sinceramente lo que sentía. Mostraba honesto y real.
- ☐ b. El terapeuta se mostraba abierto, no a la defensiva.
- ☐ c. No parecía guardar información para sí; no evadía las preguntas del paciente.
- ☐ d. No se mostraba paternalista ni condescendiente.
- ☐ e. El terapeuta no representaba el papel de terapeuta. No parecía artificial ni afectado.

15. Aceptación

- ☐ a. El tono de voz y la conducta no verbal del terapeuta transmitían aceptación e interés.
- ☐ b. El contenido de lo que el terapeuta decía transmitía preocupación y atención.
- ☐ c. El terapeuta no crítico, desaprobó ni ridiculizó la conducta del paciente.
- ☐ d. El terapeuta no aparecía frío, distante ni indiferente.
- ☐ e. No se mostraba efusivo, posesivo ni excesivamente implicado.
- ☐ f. Respondía al humor o hacía uso del mismo cuando era conveniente.

16. Empatía

- ☐ a. El terapeuta resumía correctamente lo que el paciente decía explícitamente.
- ☐ b. Resumía correctamente las emociones más evidentes del paciente (p. ej., tristeza, cólera).
- ☐ c. Resumía correctamente los matices más sutiles de los sentimientos o creencias implícitas del paciente.
- ☐ d. El terapeuta comunicaba a través de su conducta verbal y no verbal que comprendía los sentimientos del paciente y respondía ellos.

17. Profesional

- ☐ a. El tono de voz y la conducta no verbal del terapeuta transmitían confianza.
- ☐ b. El terapeuta hacía afirmaciones claras sin dudar demasiado.
- ☐ c. El terapeuta controlaba el curso de la sesión; mantenía un equilibrio adecuado entre escuchar y dirigir.
- ☐ d. El terapeuta se mostraba relajado, en absoluto ansioso.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

18. Rapport

- ___a. Paciente y terapeuta parecían a gusto con otro.
- ___b. Mantenían contacto visual.
- ___c. Buena interacción afectiva (p. ej., al sonreír uno, sonreía el otro).
- ___e. Ni el paciente ni el terapeuta se mostraban demasiado cautelosos.

RELACIÓN TERAPÉUTICA EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Focos Terapéuticos Específicos

- Creación de un Marco Comunicacional que Permita Integrar el Abuso.

Según Barudy (1995), el secreto respecto al abuso, en primer lugar, cumple una función de autoprotección, dado el temor a ser rechazado, culpado o cuestionado.

Por consiguiente, el solo hecho de creer a la persona y mantener la aceptación hacia ella ya es, en sí mismo, terapéutico. Esto, más que una intervención es una actitud del terapeuta que le permite validar el relato de la persona por muy disperso, confuso o ambiguo que este aparezca.

Esta actitud depende de la coherencia interna del terapeuta en tanto observador y solo es posible en la medida en que estemos formados, tanto cognitiva como emocionalmente, para aceptar la realidad de lo impensable. (Barudy, 1997; Ravazzola C., 1997).

- Flexibilidad en la Forma de Abordar el Abuso.

Según Barudy (1995), la segunda función del secreto es proteger al otro del impacto de la revelación, por temor a que no sea capaz de tolerarlo.

Por tanto, una condición terapéutica fundamental en estos casos es la disposición del terapeuta a escuchar los aspectos más terribles del abuso y su capacidad para tolerar el impacto que, inevitablemente, genera este tipo de contenidos.

Hablar del abuso permite romper el aislamiento emocional propio del secreto, permite objetivar lo ocurrido y contextualizar las propias reacciones. Sin embargo, las personas pueden variar mucho en cuanto a su necesidad de explicitar los detalles del proceso abusivo.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

Muchos pacientes tienen la creencia que deben relatar el abuso con todos sus detalles para poder superarlo, lo cual puede ser vivido como una experiencia muy violenta, invasiva y angustiosa, en la medida en que sea considerado como una exigencia más que como una necesidad.

Dado el fuerte impacto psicológico propio de los contenidos involucrados, el solo hecho de contarlos puede resultar muy amenazante, en la medida en que favorezca la reactivación de síntomas traumáticos y con ello un sufrimiento innecesario. Además, el abuso suele incluir situaciones que generar vergüenza y/o sensaciones de humillación y, la persona puede preferir callarlos en resguardo a su propia dignidad.

En este sentido, resulta importante que en los distintos momentos de la terapia la persona se sienta con la libertad de decidir que situaciones abusivas está dispuesta, necesita y/o que considera conveniente contar. (Durrant y Kowalski, 1996). Corresponde al terapeuta generar condiciones de seguridad y protección, que le permitan al paciente discriminar cuales son los aspectos del abuso que le sirve explicitar; guiándolo, sin apurar el proceso o interpretar como resistencia la alternativa de omitir el relato en un momento dado.

- Contención y Elaboración de los Sentimientos Asociados al Abuso

El abuso suele estar asociado a dolorosos e intensos sentimientos de angustia, vergüenza, culpa, miedo, desconfianza, tristeza y rabia con las que la persona puede contactarse en el curso de la terapia y que requieren ser elaborados durante el proceso.

Es tarea del terapeuta ofrecer un espacio contenedor que permita reconocer y validar las emociones y facilite una expresión regulada de estas. Se trata de ayudar a la persona a legitimar sus vivencias, como un paso previo a elaborarlas lo cual puede resultar en sí mismo muy aliviador.

Especial mención merece la rabia hacia el abusador y el deseo de confrontarlo, aspecto que, en muchos casos, debe ser manejado por el terapeuta a fin de evitar que la persona se sobreexponga, no solo a una gran desilusión, sino que además a riesgos reales.

Un aspecto muy conflictivo puede ser la imposibilidad de perdonar al abusador, lo que puede ser vivido por la persona con intensa culpa y que indudablemente se ve intensificado por la impunidad del abusador, por su nula disposición a reconocer el daño, ni menos repararlo. Por tanto, en muchos casos, puede resultar muy terapéutico liberar a la persona de la exigencia del perdón.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

Graduación de la Intensidad Emocional de las Sesiones

El proceso de superación del abuso puede ser muy doloroso e intenso, aspecto que requiere ser graduado por el terapeuta, no sólo por las características del tema, sino porque además las personas que fueron víctimas de abuso suelen tener un escaso manejo sobre sus propios límites internos.

Se trata de proyectar el proceso a través del tiempo, de modo que el paciente no sobrevalore la importancia de una sesión y sea posible contener su urgencia por resolver. Es muy importante pedir a la persona información respecto a cómo vivencia la terapia durante y/o entre las sesiones, a fin de tomar los resguardos necesarios para finalizar bien cada sesión.

Tal como señala Barudy (1999, comunicación personal) hablar excesivamente del abuso amplifica el daño emocional propio de la traumatización. Por tanto, se debe mantener un equilibrio entre dos estrategias terapéuticas complementarias; hablar de lo que le pasa y dejar de hablar para focalizarse en otros temas.

Asimismo, cuando el paciente tiende a retomar el abuso en sesiones intercaladas, puede ser conveniente respetar tal alternativa. Ello, sin embargo, en ningún caso debe significar una nueva invisibilización del abuso, negación y/o disociación, ni menos una forma de autoprotección por parte del terapeuta.

De igual manera, resulta indicado anticipar la eventual aparición de flashbacks, señalándolo como un fenómeno que puede o no suceder como parte del proceso terapéutico. Puede resultar muy útil, sugerirle, que en tal caso, una alternativa es que lo escriba, de tal manera que sienta que puede controlar dicha situación y no es sobrepasada nuevamente.

Clarificación de los Efectos del Abuso

Contextualización de los Efectos del Abuso

Se refiere a la identificación de los efectos del abuso que resultan más evidentes, perturbadores y/o interferentes en la vida de la persona y normalización de los mismos como reacciones esperables, frecuentes y comprensibles a la luz de la dinámica abusiva.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

La persona suele tener una percepción patologizadas de sí misma y en muchos casos, temor a la locura, por lo que, resulta muy aliviador para ella resignificar los índices de traumatización como reacciones normales frente a un contexto anormal. Identificar los efectos del abuso permite circunscribirlos. Poner en relieve su carácter reactivo facilita recuperar una mayor sensación de control sobre las propias vivencias y reacciones.

Es posible identificar efectos del abuso, al menos, en dos niveles; el impacto del abuso en sí y, las implicancias emocionales de situaciones de victimización secundaria en los casos que ha habido una revelación mal manejada por la familia, amigos y/o instituciones. Cabe señalar que no es infrecuente constatar la existencia de un nivel adicional de daño que se relaciona con los efectos de victimizaciones previas, simultaneas o posteriores que refuerzan e intensifican la traumatización producida por el abuso.

Identificación de Estrategias de Supervivencia y Superación de los Efectos del Abuso

Se refiere a la identificación de los esfuerzos realizados por la persona para superar el daño del abuso y ejercer control sobre su vida. Se trata de ayudar a la persona a contactarse con los propios recursos para enfrentar problemas y superar dificultades, lo que permite reconocerse como sobreviviente. Se relaciona con los factores protectores, tanto personales como del contexto.

En este sentido, destaca la importancia de la disociación como un mecanismo adaptativo de protección frente al impacto del abuso, que persiste en el tiempo con posterioridad a la interrupción del abuso. Es una disociación al servicio del yo que se vuelve desadaptativa cuando favorece la ocurrencia de nuevos abusos.

Cabe señalar en este punto que, para la persona, poder reconocer los propios intentos de protección frente al abuso, ya sea en términos conductuales o en términos psicológicos, es un factor que contribuye a recuperar la dignidad y el autorrespeto.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

Identificación de Áreas Libres de Abuso.

Se refiere a puntualizar en áreas de la persona que funcionan adaptativamente, aspecto que permite rescatar recursos, áreas de competencia y experiencias vitales protectoras.

Desde un enfoque centrado en las soluciones, se plantea que existen excepciones a las conductas, ideas, sentimientos e interacciones asociadas al abuso (Cade y O’Hanlon, 1995). Indagar acerca de las excepciones facilita acotar la influencia del abuso y abre un espacio para realzar la existencia de logros y experiencias positivas aisladas. Esto contribuye a la elaboración de una versión alternativa acerca de la propia vida y una autopercepción de competencia personal.

Reconstrucción de una Imagen Positiva de Sí Mismo.

Autovaloración

Las personas que han sido fueron víctimas de abuso se perciben a sí mismas como sucias, malas, indignas, que de una u otra manera se merecen lo que les ha pasado. Por tanto, uno de los aspectos más relevantes en la autovaloración es el proceso de desculpabilización.

En el proceso de desculpabilización hay que considerar tres niveles de intervención, que pueden tener distintos grados de importancia relativa en cada caso:

- a) Ser portador de características y/o conductas que lo hacen abusable: Se relaciona con obviar el hecho de que un niño puede ser víctima de abuso, por su condición de tal, por su accesibilidad para el abusador, por cercanía y vínculo previo.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

- b) Haber permitido el abuso: Se relaciona con un no registro de la desigualdad de poder con respecto al abusador y de la vulnerabilidad propia del ser niño. Por un lado, es una fantasía de control que permite tolerar la angustia e indefensión que provoca el abuso.
- c) Haber callado. Se relaciona con una no consideración de la dinámica de silenciamiento propia del abuso sexual.

Desarrollo de la competencia personal.

Las personas que han sido víctimas de abuso tienden a percibirse frágiles, dañadas y sin recursos. Esto provoca una sensación de falta de control sobre sí mismas y sobre su propia vida.

Por tanto, es muy importante que puedan identificar, contactarse y desarrollar sus propios recursos y áreas de fortalezas, lo que permite recuperar una sensación de competencia personal y de control sobre la propia vida. Aspecto que, sin duda, se ve favorecido, por la clarificación del daño.

De igual manera, resulta relevante que puedan identificar las diferencias existentes entre cuando fueron niños y ahora que son adultos; en cuanto al nivel de desarrollo, las posibilidades de autoprotección y el grado de influencia sobre las circunstancias que les toca vivir.

Desarrollo de un Estilo de Vida Constructivo

Respecto al estilo de vida puede haber una gran variación entre las personas. El abuso sexual puede ser un factor de riesgo para una serie de problemas, tales como trastornos psiquiátricos, consumo de drogas, trastornos de alimentación, autoagresiones, prostitución, promiscuidad, disfunciones sexuales. Aspectos que, sin duda, requieren estrategias específicas de tratamiento.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

Establecimiento de Relaciones No Abusivas

En términos genéricos, uno de los aspectos más relevantes dentro de un estilo de vida constructivo se relaciona con el establecimiento de relaciones no abusivas en distintos ámbitos. En efecto, las personas que han sido o fueron víctimas de abuso tienden a establecer relaciones interpersonales definidas desde la lógica del abuso, ya sea exponiéndose a nuevas victimizaciones, o bien, abusando de otros.

Desde la victimización son posibles tres alternativas complementarias: adoptar una postura más bien sumisa, que privilegia el bienestar del otro en desmedro de las propias necesidades; adoptar una postura más bien defensiva y desconfiada frente a otros, con una gran dificultad para establecer relaciones de intimidad; adoptar una postura manipuladora como forma de controlar al otro y conseguir lo que se desea.

Ayudar a la persona a protegerse de nuevas victimizaciones supone el abordaje terapéutico de, al menos, tres aspectos esenciales: recuperación de claves de confiabilidad en otros que permitan discriminar relaciones abusivas y no abusivas; conciencia y valoración de las propias necesidades y derechos; manejo adecuado de los límites interpersonales en distintos ámbitos de relación.

10. ANALISIS DEL CASO

El principal objetivo de este estudio de caso único, ha sido describir las repercusiones de la relación terapéutica en una niña víctima de abuso sexual, aun cuando se entienda esta como un elemento fundamental de la terapia, Aunque la evolución de los tratamientos produjo importantes avances en las técnicas utilizadas, el vínculo es decisivo en cuanto a los resultados que pueden lograrse. Sin embargo también es cierto que no basta una cálida y afectuosa relación terapéutica para que se cumplan los fines de la terapia. Pues, a pesar de sus efectos intrínsecamente benéficos, puede alimentar una ilusión antes que acercar una solución real al problema planteado (Fernández-Álvarez, 1999). La clave es establecer en qué consiste una *buena* relación terapéutica. ¿Qué aporta la terapia cognitiva en este sentido?

La Terapia Cognitiva se funda en la concepción según la cual la actividad específica del ser humano depende de que posea un sistema mental. “La mente es un sistema procesal que tiene la propiedad de permitirle al ser humano organizar su despliegue vital y sus conductas en la forma de una experiencia, lo que implica establecer su posición en el mundo por medio de una intensa y complejísima labor gnoseológica. El ser humano opera como un experto que investiga la realidad con el ánimo de encontrar la mejor manera de situarse en ella y llevar a cabo el cumplimiento de algún proyecto personal. En un sentido amplio, la mente es un órgano de conocimiento que se despliega frente a las cambiantes condiciones que rodean la existencia. Es así que la mente cumple una tarea eminentemente cognitiva” (Fernández-Álvarez, 2003, p.237).

Todas las cogniciones implican operaciones que expresan modos de procesar o maneras de concebir la realidad, tales como pensar, sentir, desear y juzgar, verbos que definen los procesos que remiten a las intenciones o preparan para la ejecución de las acciones. Las cogniciones están organizadas en esquemas mentales, que forman la trama sobre la que se apoya tanto la conducta como la orientación de las relaciones interpersonales. En síntesis,

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

la mente está constituida por una actividad procesal a través de la cual cada persona se auto organiza al mismo tiempo que se constituye como un sujeto transformador de la realidad (Fernández-Álvarez, 2008).

Según Beck (1979), la terapia cognitiva es un tipo de psicoterapia basada en un modelo de los trastornos psicológicos, que sostiene que la experiencia de las personas se organiza en términos de significados. Los significados dan sentido a la vida actual, al pasado y a las expectativas futuras. Observa que en los trastornos emocionales la estructura de las experiencias de los individuos determina sus sentimientos y conductas perturbadas.

La Terapia Cognitiva consiste por lo tanto en un proceso destinado a promover cambios en el sistema mental, toda vez que su funcionamiento da lugar a un padecimiento psicológico persistente, para el que las personas no encuentran un sentido en el mapa de su universo de significación personal. El tratamiento está destinado a la búsqueda de alternativas en la organización de la información que resulten más satisfactorias para el desarrollo del plan de vida. Es así que los tratamientos pueden ser muy breves, intermedios y prolongados en su duración y variar significativamente en el grado de complejidad necesario. Adoptan formatos individuales, vinculares, familiares o grupales dependiendo de los objetivos que se establecen y la identificación de los caminos más adecuados para lograrlos.

Los principios genéricos de la terapia cognitiva pueden sintetizarse en (Fernández-Álvarez, 1999):

- 1) El objetivo central de la terapia es la promoción de cambios cognitivos (cambios en las ideas, en las emociones y en las evaluaciones).
- 2) Todo tratamiento debe estar diseñado de acuerdo con el principio de promover la menor cantidad de cambios necesarios para alcanzar los objetivos deseados.
- 3) Las metas a alcanzar deben estar ordenadas gradualmente de menor a mayor grado de complejidad.
- 4) La terapia utiliza un procedimiento que se ajusta a la forma del método socrático.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

- 5) El terapeuta cumple, frecuentemente, un rol activo en relación con los cambios que se buscan.
- 6) El proceso terapéutico requiere de una activa colaboración entre el paciente y el terapeuta.
- 7) El tratamiento incluye, habitualmente, tareas intersesión.

El núcleo de las intervenciones se basa en el desarrollo de estrategias conducentes a la re significación y a la reestructuración cognitiva. Los cambios surgen de un diálogo con el paciente, ya que el tratamiento se apoya en la premisa de que las alternativas más favorables de procesamiento forman parte del universo mental del paciente y el terapeuta lo asiste en el proceso de descubrirlas y volverlas disponibles para la acción. (Fernández Álvarez, 2003, 2006).

En un primer momento, uno de los desarrollos de la terapia cognitiva, el modelo cognitivo – comportamental que enfatizaba las habilidades técnicas, puso menor énfasis en la calidad de la relación terapéutica en comparación con otros abordajes (Safran & Wallner, 1991). Sin embargo, tuvo lugar un cambio muy significativo en este énfasis; a través del desarrollo del modelo y los resultados de la investigación, se fue poniendo el foco en la relación terapéutica de manera más sistemática. Actualmente es un componente central y ha recibido un tratamiento específico dentro de esta orientación. La sola adherencia a técnicas ha probado ser insuficiente para asegurar buenos resultados, y se ha comprobado que una terapia competente requiere que los pacientes perciban a sus terapeutas como empáticos y con una actitud no crítica y congruente. En un estudio llevado a cabo por Watson y Geller (2005), se examinaron las diferencias en las percepciones de los pacientes sobre algunas características de la relación: empatía, aceptación, consideración positiva y congruencia en dos modalidades de terapia: Terapia Comportamental - Cognitiva (CBT) y Terapia Procesal – Experiencial (PET). La puntuación de los pacientes acerca de la relación terapéutica era predictiva de los resultados de la terapia en ambas modalidades terapéuticas.

Como se pudo apreciar en el caso de la JK, fue necesario y de gran importancia como primera intervención establecer una relación terapéutica calidad, segura y de aceptación.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

Desde la perspectiva cognitiva la empatía promueve la exploración y la creación de significados y facilita el reprocesamiento emocional (Bohart, Elliot, Greenberg & Watson, 2002). La relación terapéutica es una empresa intensamente humana en la que los significados se afinan, evolucionan y se co-construyen en un diálogo continuo. Aunque sea conducido por un manual, la parte “artística” de la psicoterapia, se basa en la habilidad del terapeuta de dialogar y la empatía es la amalgama que mantiene la colaboración entre paciente y terapeuta y facilita la comunicación. La empatía constituye la orientación hacia el intento de comprender a la otra persona en términos de su propio marco de referencia. Permite establecer un terreno en común, ya que constituye la base para entender que piensa o siente otra persona. Involucra los procesos básicos de lectura de la mente del otro y el esfuerzo por comprender qué significa para ellos lo que dicen. La empatía se define como la intención primaria de tratar de entender al cliente en términos de su propio marco de referencia. Esta intención guía al terapeuta en: a) tratar de aprehender los significados del paciente y b) constatar si el paciente percibe y comprende lo que el terapeuta le comunica. De esta manera, el terapeuta experimenta resonancia con el paciente. Puede resultar difícil leer el marco de referencia del paciente ya que a veces es poco claro para el mismo paciente. En este punto el esfuerzo empático del terapeuta ayuda a “co-crear” una articulación de la experiencia implícita del paciente, comprobando permanentemente su nivel de comprensión. Si el paciente percibe que el profesional lo escucha y entiende se animará a ir más allá, a arriesgarse más a “contar su historia” (Bohart & Tallman, 1997).

De esta manera se logró, a través del establecimiento de una buena relación terapéutica, colaboración por parte de la paciente, alcanzando los objetivos terapéuticos para el bienestar de la paciente. En la medida en que continúe expandiéndose la comprensión acerca del modo en que el paciente percibe, almacena y recupera aspectos de la relación con su terapeuta y se utilice este conocimiento para ampliar las opciones disponibles durante el proceso terapéutico, habrá mayores posibilidades de enriquecerlo. Al mismo tiempo los estudios sobre las características del terapeuta podrán arrojar resultados cada vez más precisos sobre la mejor compatibilidad de la díada paciente-terapeuta. Por otra parte, cuanto más prospere el diálogo tanto empírico como conceptual acerca del lugar que ocupa

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

la relación terapéutica, mayores posibilidades habrá de superar la dicotomía entre elementos técnicos y relacionales y avanzar hacia la comprensión de ambos elementos como mutuamente co-determinados (Horvath, 2005).

Los significados se construyen en el marco del mundo cultural y se desarrollan, se despliegan y se modifican en el campo interpersonal que transita cada persona a lo largo de su vida. La relación terapéutica es el terreno propicio para que las intervenciones terapéuticas permitan la expresión, la comprensión y la modificación de los significados disfuncionales en sus variadas formas y niveles de profundidad. Una buena relación supone lograr un equilibrio óptimo entre el apoyo o sostén del paciente y el estímulo para la promoción de cambios, el enfrentamiento de las situaciones difíciles y el aliento para reorganizar la experiencia hacia un mayor bienestar.

11. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Es inherente a todo proceso terapéutico la existencia de un contexto relacional caracterizado por la asimetría de poder entre el terapeuta y el paciente. En este marco, puede ser altamente probable que el paciente se sitúe en una postura de sumisión y anticipe que deberá someterse ante la pericia del terapeuta. Puede, entonces, reproducirse un contexto relacional similar al del abuso, con el consiguiente riesgo de que se repitan en la relación terapéutica nuevas dinámicas de victimización.

Dado lo anterior, en estos casos de Abuso Sexual resulta aún más evidente la importancia de que el terapeuta utilice el poder propio de su rol para establecer una relación humana caracterizada por el buen trato y la igualdad de valor. Las características propias de la relación terapéutica se constituyen, en sí mismas, en un recurso fundamental para el cambio, ya que brindan un contexto interaccional que funciona como una experiencia de contraste respecto a la relación abusiva. Este aspecto, sin duda, promueve autovaloración y el autorrespeto del paciente y facilita en un momento posterior el proceso de reflexión crítica respecto al abuso sufrido.

En cualquier tipo de tratamiento infantil debemos mostrar empatía, hacer saber al niño que conocemos sus sentimientos y expresarle nuestro afecto. Ayudar al niño a reconocer sus sentimientos. El terapeuta debe inspirar confianza pues en ella se basa parte de su tarea. Cornejo (1996) indica que a veces el terapeuta pone todo su empeño en diseñar y planificar actividades para el tratamiento, y aunque esto es necesario, es más importante aún, que el niño sienta que estamos dispuesto a ayudarlo, que puede contar con nosotros y que tendrá una ayuda sistemática en la que puede confiar.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tema: abuso sexual infantil

Barnen, R. (1995) *Chicos. Abuso sexual y tratamiento*. Madrid – MTAS

Cánovas, G. (2004) *Ladrones de inocencia. Pedófilos cómo son y cómo actúan, cómo detectar un abuso, normas de seguridad para los niños*. Madrid – Nuevos escritores

Cantón Duarte, J. y Cortés Arboleda, M. R. (1997) *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid – Siglo XXI

Cerezo, M. A. (1992) *Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil*. Valencia – Generalitat Valenciana

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (2006) *Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales*. Santander – Gobierno de Cantabria

Echeburúa, E. (2004) *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid – Anaya

Garbarino, J. y Eckenrode, J. (1997) *Por qué las familias abusan de sus hijos*. Barcelona – Granica

Intebi, I. (1998) *Abuso sexual infantil. En las mejores familias*. Buenos Aires – Granica

López Sánchez. F. (2000) *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca – Amarú

López Sanchez, F (1995) *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid - Siglo XXI

Malacrea, M. (1998) *Trauma y reparación. El tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Barcelona – Paidós

Monni, P. (2001) *El archipiélago de la vergüenza. Turismo sexual y pedofilia*. Madrid – BAC

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”

Esmeralda Baquero Neira

Tema: relación terapéutica en la psicología.

Consoli, A., y Beutler, L. (1996). Valores y Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15, 17-35.

Consoli, A. J., y Machado, P. P. (2004). Los psicoterapeutas, ¿nacen o se hacen? Las habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: implicancias para la selección, capacitación y desarrollo profesional. En H. Fernández-Álvarez y R. Opazo (Comps.), *La integración en psicoterapia. Manual práctico*. Barcelona: Paidós.

Corbella Santomá, S. (2002). Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona.

Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., y García, F. (2009). Estilo Personal del Terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 125-133.

Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 169-187.

Fernández-Álvarez, H. (2008). Psicoterapia de grupo: un modelo integral. En H. Fernández-Álvarez (Comp.), *Integración y salud mental. El proyecto Aiglé 1977-2008* (pp. 593-631). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernández-Álvarez, H. (2006). La filosofía de la psicoterapia cognitiva: entre Descartes y Spinoza. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15, 193-201.

Fernández-Álvarez, H. (2003). Claves para la unificación de la psicoterapia (Más allá de la integración). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12, 229-246.

Fernández-Álvarez, H. (1999). Terapia Cognitiva. En J. E. Abad, H. Fernández-Álvarez y C. Rausch Herscovici (1999). *El bienestar que buscamos* (pp. 173-249). Buenos Aires: Hidalgo.


García, F., y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: Una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 121-128.

Gómez, B. (1997). Formación y entrenamiento en psicoterapia. Una perspectiva cognitiva. En H. Fernández-Álvarez (Comp.), *Desarrollos en Psicoterapia* (pp. 27-47). Buenos Aires: Editorial de Belgrano.

Gómez, B., y Salgueiro, M. C. (2007). Terapia cognitiva y medicación: Un dilema en la trinchera. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 205 – 218.

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

13. ANEXOS

 FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN	PROCESO PENAL	Código: FGN-50000-F-14
	ORDENES A LA POLICIA JUDICIAL	Versión: 02 Página 1 de 1

Departamento Atlántico Municipio Barranquilla Fecha 16-05-2016 Hora:

1	5
4	

1. Código único de la investigación:

2. R: 369

0	8	0	0	1	6	0	0	8	7	6	8	2	0	1	6	0	0	3	0	0
Dpto.		Municipio		Entidad		Unidad Receptora						Año								

3. Delito:

Delito	Artículo
ACTO SEXUAL CON MENOR DE 14 AÑOS	205 CP

4. Organismo de Policía Judicial a la que se imparte la orden:

CUERPO TECNICO DE INVESTIGACIÓN C.T.I

5. Orden de:

1.- ENTREVISTAR A LA JOVEN JOHANNA ISABEL DURAN ESCALANTE **DE 9 AÑOS DE EDAD**, CON EL APOYO DE LOS DISPONIBLES TÉCNICO CON QUE CUENTA LA UNIDAD (CÁMARAS DE VIDEOS) RENDIR EL RESPECTIVO INFORME DE VALORACIÓN A LA ENTREVISTA. PARA COMUNICARSE CON EL DENUNCIANTE EN EL TEL. 3014387113

Objeto: ESTABLECER CIRCUNSTANCIAS Y RESPONSABLES DEL HECHO DENUNCIADO.

6. Término de la orden:

DÍAS /60

MESES / 02

Datos del asistente

Nombres y apellidos		ARISTIDES ROCHA GONZALEZRUBIO	
Dirección:	CARRERA 55 N° 72 -94	Oficina:	
Departamento:	Atlántico	Municipio:	Barranquilla
Teléfono:		Correo electrónico:	aristidesrochagr@hotmail.com
Unidad	CAIVAS Y CAVIF	ASISTENTE FISCALIA II	

Firma,

Servidor con funciones de policía Judicial responsable de la orden:

Entidad	CUERPO TECNICO DE INVESTIGACION		Ciudad	B/ QUILLA
Grupo de PJ	C.T.I		Identificación	
Servidor:			Teléfono	
Dirección	CARRERA 55 No. 72 - 94			

Firma,

Fecha y hora de recibo

Fiscalía General de la Nación. Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y delitos sexuales
Cra 55 No 72 - 94 Barranquilla
Tel. 3604097

4:20pm

“Repercusiones de la Relación Terapéutica Para un Estudio de Caso Único en Niña Víctima
de Abuso Sexual”
Esmeralda Baquero Neira

Barranquilla, mayo 16 de 2016

REFERENCIA: NUNC 080016008768201600300-O.T. _____
PROGRAMACION CITA ENTREVISTA FORENSE-

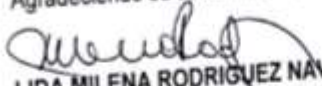
Señora
LEIDYS MARIANA ESCALANTE ARELLANA
Cra 62 No. 48-54
Barrio Montecristo
Celular 301 514 4080
Barranquilla

Respetado Señor, por medio de la presente me permito PROGRAMAR la
cita a su representada:

JOHANNA ISABEL DURAN ESCALANTE
FECHA: LUNES 23 DE MAYO

HORA: 14:30

Agradeciendo su atención a la presente comunicación,


LIDA MILENA RODRIGUEZ NAVARRO
Técnico Criminalístico II
Unidad de Policía Judicial Grupo de Investigaciones CAIVAS
Cel 317 6444347

Fiscalía General de la Nación Subdirección de Policía Judicial-Grupo Caivas
Carrera 55 No.72-94 Teléfono 35683331
Barranquilla



REPUBLICA DE COLOMBIA